

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

KÉSSIA GRASIELE IENTZ

SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE OS APARATOS PÚBLICOS DISPONÍVEIS
AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM
MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Depto de Serviço Social
Defendido e Aprovado TCC
Em 01/07/2010


Rosana Maria Gaio
Coord. de Estágio e TCC
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2010.1

KÉSSIA GRASIELE IENTZ

**SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE OS APARATOS PÚBLICOS DISPONÍVEIS
AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM
MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Helenara Silveira Fagundes

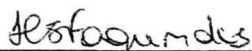
FLORIANÓPOLIS

2010.1

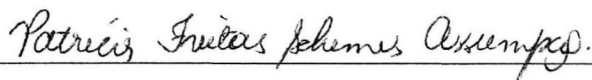
KÉSSIA GRASIELE IENTZ

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

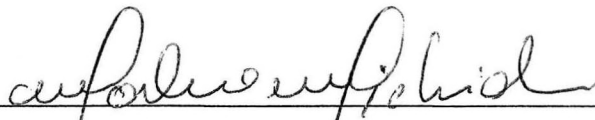
BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Helenara Silveira Fagundes
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora



Profª Msc Patricia Freitas Schemes Assumpção
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Primeira Examinadora



Assistente Social Marlene Michielin
CRESS nº 2064 - 12ª Região/SC
Segunda Examinadora

Ao meu pai, Luiz Ientz (In memorian), pelo sacrifício e dedicação durante anos de sua vida em prol da minha educação, para que eu me tornasse a pessoa que hoje sou. Pelo seu carinho, seu amor, sua presença constante e principalmente por acreditar que eu chegaria até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me possibilitou condições para que eu conseguisse realizar este sonho, pois sem Ele nada disto faria sentido. Agradeço por renovar minhas forças nos momentos de cansaço e desânimo, e por ser fiel nos momentos de crise e aflição.

Ao meu pai Luiz Ientz, pelo seu exemplo de vida e de caráter. Mesmo tendo partido tão cedo, agradeço pelo esforço constante para que eu pudesse ter uma formação de qualidade; pelos momentos de alegria; pelo carinho e atenção, fazendo com que eu aprendesse o significado da palavra *amigo*; e principalmente pelo seu amor incondicional, escolhendo me amar independente das minhas atitudes.

À minha mãe Ruth, que muito se sacrificou para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada pelas suas orações e palavras de apoio; por sua compreensão; por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis, mesmo quando eu tinha vontade de desistir e jogar tudo para o alto; e acima de tudo por seu amor que ultrapassa qualquer barreira.

À minha irmã Evelin, por acreditar em mim, quando eu mesma não acreditava.

Às amigas que descobri ao longo destes quatro anos, Adriana, Greici e Sabrina, que caminharam comigo lado a lado. Obrigada pelas palavras de ânimo e consolo; por cada incentivo e palavra amiga; e principalmente pela troca e por fazerem parte deste momento único.

Agradeço de forma especial à amiga Mayara, que no decorrer destes quatro anos se tornou mais que uma irmã. Obrigada pelas palavras e atitudes que me fizeram compreender o valor de uma verdadeira amizade e por estar ao meu lado independente das circunstâncias. Agradeço cada minuto de conversa, de desabafo, de consolo, de apoio, de riso e de choro. Cada minuto que passamos juntas estará gravado para sempre na minha memória.

Ao pastor e amigo Celso, que no momento mais triste da minha vida se tornou um “pai”. Obrigada por estar ao meu lado no momento em que mais precisei; pelos momentos de aconselhamento; de alegrias e de tristezas. Obrigada por segurar a minha mão e por acreditar em mim. Agradeço cada palavra de ânimo e encorajamento, compartilhando comigo, mesmo que distante, esta caminhada e conquista.

Agradeço de forma muito carinhosa à família Presbiteriana Independente (IPI), pelo carinho, apoio e incentivo. Obrigada por participarem deste momento por meio de palavras,

gestos e orações, e principalmente por entenderem minha ausência. Com certeza, vocês são a família que Deus me permitiu escolher. Muito obrigada por tudo!

À professora e orientadora Helenara, que com seu jeito descontraído me fazia ficar tranquila frente às novas etapas que estavam por vir, e que contribuiu de maneira significativa para que eu elaborasse e concluísse este trabalho. Agradeço a dedicação em me atender prontamente nos momentos de dúvidas e questionamentos.

À assistente social Marlene, que de diversas formas me fez compreender o significado da profissão de Serviço Social. Obrigada pela atenção nas horas de dúvidas; pelo apoio, confiança e incentivo; e especialmente por me mostrar que ainda vale a pena lutar. Obrigada!

Ao Ministério Público de Santa Catarina, mais especificamente à 33ª Promotoria de Justiça da Capital, pela oportunidade de estágio, que fez toda a diferença para o meu aprendizado e a minha formação profissional.

À minha família e amigos, que sempre me apoiaram mesmo na distância, e que oraram e torceram por mim. Obrigada por me fazerem enxergar o verdadeiro sentido de viver.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma maneira fazem parte da minha história e da minha vida, pois o que sou, revela muito do que aprendi com vocês. A todos, muito obrigada!

*“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se, fazendo nada até o final.
[...] Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver”.*

Martin Luther King

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo, apresentar um estudo sobre os serviços disponíveis em alguns municípios da Grande Florianópolis, ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Inicialmente parte da apresentação da Saúde, especificamente da Saúde Mental, no Brasil e em Santa Catarina, e encaminha-se para a explicitação da inserção do Serviço Social nestas áreas. Finalmente apresenta os dados obtidos por meio da observação dos documentos das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José, acerca da disposição destes serviços comunitários que constituem a Rede de Atenção à Saúde Mental nestas regiões. Ressalta-se a importância da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito ao tratamento a estes sujeitos, principalmente na construção de dispositivos substitutivos à internação e consequentemente ao tratamento desumano baseado na exclusão. Destaca-se a necessária inserção do assistente social nestes serviços voltados à Saúde Mental, como mediador no processo de viabilização do acesso destes usuários aos seus direitos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviço Social. Grande Florianópolis.

LISTA DE SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
COI – Centro de Orientação Infantil
COJ – Centro de Orientação Juvenil
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
DIAP – Diretoria de Administração Penal
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde da Família
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPq - Instituto de Psiquiatria
MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAIF – Programa de Atenção Integral à Família
PVC – Programa Volta para Casa
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	13
1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	13
1.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL	19
1.2.1 Leis e portarias que regulamentam a Saúde Mental.....	25
2 UM OLHAR SOBRE A SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA	28
2.1 SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA.....	28
2.2 A REDE DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO.....	32
3 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	38
3.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	38
3.2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	42
4 APRESENTANDO A REALIDADE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS	47
4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA	47
5.2 EXPOSIÇÃO DOS DISPOSITIVOS VOLTADOS À SAÚDE MENTAL	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	68

INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, a Saúde Mental no Brasil se baseou em tratamentos desumanos, por meio do isolamento das pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos, longe do convívio familiar e social.

A Reforma Psiquiátrica, que surgiu entre a década de 1970 e 1980, representa um dos maiores avanços no que diz respeito às ações em saúde mental, e caracteriza um longo processo de transformação dos serviços psiquiátricos. Esta Reforma passa a ser regulamentada pela Lei 10.216, que dispõe acerca dos direitos das pessoas com estes transtornos, como diretriz de uma nova configuração do modelo de atenção à Saúde Mental, que passa a transferir o foco do tratamento, antes concentrado na instituição hospitalar, visto muitas vezes como forma de exclusão, para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

A Reforma Psiquiátrica se move na construção de um novo modelo assistencial a estes indivíduos, que lhe garanta cidadania e respeito aos seus direitos. A mesma busca modificar o sistema de tratamento clínico, substituindo-o por uma rede de serviços integrados à comunidade, com o objetivo de inserir a pessoa com transtorno mental à sociedade.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a realidade da Grande Florianópolis em relação a Rede de Saúde Mental nesta região, especificamente nos municípios de Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José.

O interesse pelo tema decorre da prática vivenciada no estágio obrigatório, no período de um ano, realizado na 33ª Promotoria de Justiça da Capital, que atua na defesa da saúde e cidadania. Neste período percebemos que há uma demanda significativa de pessoas provenientes destes quatro municípios, que se deslocam à Promotoria por conter na família algum membro com transtorno mental e desejam a internação deste, vendo nesta instituição a maneira de consegui-la. Porém, procuram sempre alternativas para que a internação aconteça, ao invés de buscar conhecimento sobre outros dispositivos que prestam assistência a estes indivíduos.

No caso específico da 33ª Promotoria, a orientação dada é de que primeiramente procurem alternativas de tratamento por meio de outros mecanismos voltados ao atendimento desta população, que não seja a institucionalização, visto que a Lei 10.216 prevê a

desospitalização; porém, caso venha precisar desta, que seja feita a internação involuntária¹, com auxílio da Polícia ou do SAMU², e somente em caso de surto.

Para alcançar o objetivo do trabalho, optou-se pela pesquisa bibliográfica e documental, a partir da análise de diferentes fontes, como livros, artigos, TCC's, dissertações de mestrados, documentos das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em questão; e pelas observações realizadas no estágio.

Este estudo pretende proporcionar um aprofundamento acerca da política de Saúde Mental e seu contexto histórico, visando contribuir com os profissionais da área, bem como, com usuários e familiares que buscam conhecer como estão dispostos os serviços que prestam assistência a este indivíduo nos municípios em questão, e como deve ser realizado este atendimento.

Busca-se apresentar a importância da inserção do profissional de Serviço Social no âmbito da Saúde Mental, quanto a sua efetiva contribuição para o processo de inserção social das pessoas com transtornos mentais, incentivando a construção de uma rede que facilite o convívio social, assegurando o bem estar destes indivíduos, bem como, apresentar a estes seus direitos enquanto cidadão. Outrossim, esclarecer que o trabalho do assistente social é de suma relevância à medida que subsidia as famílias destes usuários, por meio de um suporte acerca do transtorno mental e suas especificidades, além de suas ações serem voltadas a defesa dos interesses desta população, visando a busca de autonomia dos mesmos e a inserção na família e na comunidade.

Quanto à disposição deste estudo, configura-se da seguinte maneira: na primeira seção intitulada *Contextualização da Saúde no Brasil*, procurou-se descrever a trajetória da Política de Saúde no Brasil, bem como, a maneira como se desenvolveu a Reforma Psiquiátrica no país e as leis e portarias que regulamentam a assistência às pessoas com transtornos mentais.

Na segunda seção, *Um Olhar sobre a Saúde Mental em Santa Catarina*, foi exposto a trajetória histórica da Saúde Mental no Estado e o cenário atual da rede de atenção a estes sujeitos.

Já a terceira seção aborda o *Serviço Social na Área da Saúde*, realizando um resgate teórico no cenário brasileiro, da inserção dos assistentes sociais na saúde e especificamente na Saúde Mental, em uma perspectiva histórica até os dias atuais.

¹ De acordo com a Lei 10.216, em seu art. 6ª, parágrafo único, a internação involuntária se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros.

² SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O SAMU/192 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, de 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população em casos de emergência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

E a quarta e última seção apresenta a *Realidade da Grande Florianópolis*, em relação aos serviços que estão dispostos nos municípios citados anteriormente, que prestam assistência a estes sujeitos e como estes dispositivos estão colocados à população.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Tendo em vista que o presente trabalho irá abordar a inserção do assistente social na área da Saúde Mental e os tipos de tratamentos disponíveis voltados a assistência às pessoas com transtornos mentais na região da Grande Florianópolis, é de extrema relevância que se apresente como se deu a consolidação da Política de Saúde no Brasil, assim como expor o desenvolvimento da Saúde Mental no país.

1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Após muitos debates acerca dos conceitos de saúde, utiliza-se hoje o que é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito ampliado, no qual saúde e doença não se mostram como estados físicos e nem plenamente fechados. Saúde não mais é vista apenas como ausência de doença, mas é determinada pelo meio físico, sócio-econômico e cultural. Para que se tenha um melhor entendimento sobre o assunto, torna-se necessário esclarecer como este se propagou no decorrer dos anos no Brasil e apresentar a trajetória da Política de Saúde.

No período Colônia-Império até 1889, os serviços de saúde eram esporádicos, realizados em portos, nos casos de grande epidemia. Caso não houvesse epidemia, o atendimento individual à população não existia, não tinham acesso a nenhum tipo de tratamento, ficando a “mercê de sua própria sorte”, ou muitas vezes procuravam a cura de determinadas doenças por meio do uso de ervas.

Entre os anos de 1889 a 1930, o modelo hegemônico de saúde foi denominado de Era Campanhista³, devido as diversas campanhas sanitárias realizadas para combater as muitas epidemias que dizimavam as pessoas, como malária, febre amarela e tuberculose. Nesta época, a população residia em cortiços e em condições precárias, sem saneamento, o que agravava a proliferação de doenças. Assim, como não havia medicamentos, efetuava-se o tratamento com chás. Oswaldo Cruz⁴ neste período, descobre métodos importantes para tratar

³ Fonte: Aula ministrada pela Profª. Dra. Tânia Regina Krüger/UFSC, em agosto de 2008.

⁴ Diretor-geral da Saúde Pública (1903), nomeado por José Joaquim Seabra, Ministro da Justiça, e pelo Presidente Rodrigues Alves, coordenou as campanhas de erradicação da febre amarela e da varíola, no Rio de Janeiro. Convenceu Rodrigues Alves a decretar a vacinação obrigatória.

destas doenças, as vacinas. A população temerosa com a reação das mesmas, pois eram muitas vezes piores que os sintomas das doenças, reagiam, e o Estado levava o exército para aplicá-las. Esta resistência às vacinas por parte da população culminou na Revolta da Vacina, em 1904.

No Brasil, a atenção médica estava associada diretamente à Previdência Social, criada na década de 1920, e organizava-se em Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais concediam auxílio doença, aposentadoria e pensão, ou seja, apresentavam-se como uma “proteção” ao trabalhador. “Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2007, pg. 90).

As CAPs, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em dinheiro e prestação de serviços. (COHN, 1991, pg. 14/15)

O enfoque no âmbito da saúde neste período era mais curativo que preventivo. As normas de saúde pública respondiam as medidas de caráter coletivo, em particular as campanhas sanitárias, que ficavam sob a responsabilidade do Estado. Os serviços de atenção médica individual, prestados pelas CAPs, passam a serem destinados às classes assalariadas urbanas, que até então eram assistidas pela filantropia.

Destaca-se ainda uma característica importante da saúde, a concepção da assistência médica como própria à esfera privada e não a pública.

Não se constitui, portanto, a saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório. (COHN, 1991, pg. 15)

Salienta-se que a década de 1930 foi marcada pela formulação da Política de Saúde, que teve caráter nacional, e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública, que predominou até o ano de 1960, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e o de medicina previdenciária. Neste momento, o Estado passa a assumir a questão da saúde como elemento de intervenção estatal.

Após a II Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU), desenvolve a Declaração dos Direitos Humanos, e a saúde passa a ser reconhecida como direito humano. A Organização Mundial de Saúde, na sua Constituição em 1946, conceitua saúde como “o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e outros agravos”.

Em 1966, com a junção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que substituíram as CAPs, todo sistema previdenciário é unificado no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este passa a gerir as aposentadorias, pensões e a assistência médica dos trabalhadores formais, excluindo os benefícios dos trabalhadores rurais e dos muitos trabalhadores urbanos informais.

A saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a um política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. (SCOREL, 2005, pg. 61)

Neste período, verifica-se o declínio da saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária. Outrossim, emerge o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico de prática política, constituído por profissionais da área da saúde e outros movimentos. Este apresenta algumas propostas que visavam à melhoria e democratização do atendimento à saúde de toda população, e atuou como liderança do processo de reformulação deste setor. Nos primeiros anos do movimento, a ocupação dos espaços institucionais foi caracterizada por profissionais que buscavam um norte para transformar o sistema de saúde. Estes viam nestes espaços, um lugar para colocar em prática projetos que iam contra os interesses do regime autoritário.

Nos anos 1980, a sociedade brasileira vivenciou um período de crise econômica, e dispôs da participação de novos atores na discussão das condições de vida da população e no interior das propostas apresentadas pelo governo à área da saúde, o que contribuiu para que houvesse um amplo debate sobre tal questão, permeando a sociedade civil. Assim, a saúde assume uma dimensão política, deixando de ser apenas interesse dos técnicos.

Esta década traz um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. São criadas propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde, que se caracterizam pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular;

universalização dos serviços, defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização.

As principais propostas que foram debatidas entre os sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, [...]; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, pg. 25)

No ano de 1986, ocorre a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, marco na discussão da Política de Saúde no Brasil, visto que introduziu grande parcela da sociedade a mesma. A situação da saúde no país vem sendo discutida por toda a sociedade, propondo uma Reforma Sanitária e não apenas um Sistema Único.

Com esta Conferência, foi aprovado o relatório que constituiu o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, definindo ainda, que “[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (NOGUEIRA 1995, apud, FERREIRA 2004, pg. 24). Ainda, é aprovado a criação de um Sistema Único de Saúde, no qual a saúde estaria totalmente separada da previdência.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor de saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia a necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. (SCOREL, 2005, pg. 78)

No ano de 1988 é promulgada a oitava Constituição do Brasil, chamada de Constituição Cidadã. Neste momento, a política de saúde assume um caráter universalista. Esta representou a afirmação e ampliação dos direitos sociais no país, e apresentou-se como um avanço na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A partir desta, a saúde passa a ser encarada como um direito. Em seu artigo 196, descreve a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Esta mesma Constituição prevê em seu art. 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, [...]” (BRASIL, 1988). Este Sistema Único de Saúde (SUS), derivado do movimento de Reforma Sanitária, e regulamentado pelas Leis nº 8.080⁵ e nº 8.142⁶, obedece a tais princípios:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência [...]; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia [...]; participação da comunidade; descentralização político-administrativa [...]; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990)

Verifica-se nos anos 1990 um redirecionamento do papel do Estado. Com o surgimento do neoliberalismo, acentua-se a redução dos direitos sociais e trabalhistas, há um aumento do desemprego e da precarização do trabalho, e a Política de Saúde apresentada na década de 1980, passa a ser desconstruída.

Neste período, assiste-se ao confronto de dois projetos societários relacionados à saúde: o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, vinculado ao mercado. O primeiro tem como estratégia o SUS, derivado de lutas e mobilizações de profissionais de saúde, junto com a população. O mesmo tem como pressupostos, a democracia de massa; a universalização; a descentralização; a saúde como direito de todos; e o Estado atuante em função das necessidades da sociedade. O segundo projeto se relaciona a Política de Ajuste, que conduz a mudanças econômicas, sociais e institucionais, chamadas de reformas estruturais, no sentido de que estas são necessárias para modernização do país e sua abertura ao mercado internacional. Tal projeto visa à racionalização do custo/benefício. A tarefa do

⁵ Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada também de Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁶ Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Estado aqui é assegurar o mínimo aos que não podem pagar, enquanto o setor privado atende aqueles que têm acesso aos serviços privados. Apresenta como propostas a descentralização dos serviços, mas não de recursos; a focalização de programas voltados à saúde; estímulo ao seguro privado; e a eliminação da vinculação com as fontes de financiamento (parcerias público/privado) (BRAVO, 2007).

“A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que têm provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado” (BRAVO, 2007, pg. 101).

Por fim, salienta-se que o SUS apresentado atualmente é diferente daquele previsto na Constituição. O sistema que vemos hoje é voltado àqueles que não têm acesso aos serviços privados, sendo que a Constituição prevê um sistema *único e universal*. Verifica-se uma desresponsabilização do Estado, à medida que este transmite à sociedade civil a responsabilidade das ações de saúde.

Portanto, há muito que se avançar no sentido de criar propostas que consolidem o Sistema Único de Saúde no Brasil, colocando à população a necessária participação destes no âmbito do controle social, para que seu direito enquanto cidadão a uma saúde digna, seja garantido, mediante Políticas Públicas de qualidade. Logo, voltando ao conceito ampliado de saúde, vemos que, conforme Arouca:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeita a livre opinião, a livre possibilidade de organização de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo[...]. (AROUCA, 1987, pg. 36)

Assim, ressalta-se que saúde é muito mais do que um simples conceito. Não se pode dizer que uma pessoa tem saúde apenas porque “aparentemente” não apresenta nenhuma doença. Para se ter saúde, é necessário que tenha o livre acesso as informações, bem como aos serviços, que na realidade deveriam estar disponíveis a qualquer pessoa, independente de se ter maior ou menor renda. Saúde é um direito, e sendo assim, deve estar disponível à população como um todo, visto que esta é composta por sujeitos de direitos.

1.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Antes de nos aprofundarmos no tema *saúde mental*, é necessário voltarmos à gênese do processo em que a loucura se apresenta como fenômeno social, sendo interpretada de diversas maneiras, em diversos lugares. Cabe aqui, ressaltar alguns fatos relevantes da história da psiquiatria no Brasil.

Salienta-se a dificuldade de definir e limitar a loucura em si, como analisa Rotterdam, visto que “o próprio comportamento sensato e racional pode deixar de sê-lo, se ocorre fora de contexto” (apud BEZERRA JR., 1992, pg. 19), sendo ilustrado por meio da seguinte passagem:

Se um sábio, dirigindo-se a alguém que chorasse a morte do pai, o exortasse a rir, dizendo-lhe que esta vida não passa, na realidade, de uma contínua morte e que, por conseguinte, seu pai só fez cessar de morrer, ...passaria decerto, aos olhos de todos, por louco furioso. (ROTTERDAM apud BEZERRA JR., 1992, pg. 19)

O autor ainda coloca, que a loucura ao longo do tempo foi sendo moldada e definida como todas as outras pestes da vida humana que foram introduzidas no mundo, e aparecia envolta na sociedade. Ocorre que, em determinado momento, mais especificamente no período em que surge a Doutrina Iluminista, que transmite a concepção de libertação do homem e fortalece o saber e o uso da razão, sentiu-se a necessidade de inserir na sociedade um novo homem, como sendo o centro da sociedade, no qual a razão era exigência fundamental.

Há que se observar que neste período, supõe-se que o número de doentes não era grande, visto que as populações eram reduzidas e a estimativa de vida para as pessoas com estes transtornos não era significativa. Conforme Bezerra,

O próprio conceito de doença mental era muito mais restrito do que nos dias de hoje e limitava-se aos aspectos eminentemente exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável, mormente quando este se constituía em estorvo para o ambiente familiar imediato e para a comunidade. (1992, pg. 22)

A partir do momento em que o culto à razão começa a se sentir ameaçado pela “não razão” da loucura, busca-se resolver este problema, eliminando esta ameaça moral que a loucura representava. Esta passa a ocupar os lugares que a lepra ocupava na Idade Média. A

internação em asilos se torna elemento determinante para excluir o doente mental do seu meio social, não para serem tratados, mas disciplinarizados.

A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional. (AMARANTE, 1998, pg. 24)

No Brasil, a loucura é então elevada à categoria de problema social, passando a ser objeto da intervenção do Estado, no momento em que com a chegada da Família Real, o país inicia um processo de mudanças econômicas e sociais, exigindo medidas que controlassem o crescimento das cidades e da população. Neste instante, os loucos passam a serem vistos como doentes mentais.

Assim, como muitos deles eram vistos como perturbadores, em nome da ordem pública e da segurança nacional, uma grande parcela da população pressionava o Estado a colocá-los em algum lugar, pois não queriam que estes circulassem livremente pela cidade.

A maneira que o Estado lidava com os loucos era determinada por leis, decretos e resoluções que embasavam sua ação, ou seja, eram medidas legais, e faziam com que os loucos fossem tidos como ameaça à segurança. Logo, “a especificidade das alterações de comportamento passa a exigir um espaço próprio e uma intervenção tecnicamente ajustada, dando origem aos hospitais psiquiátricos” (TEIXEIRA, 1993, pg.17). Surge então a psiquiatria, mais como uma maneira de “proteger a população”, do que a de oferecer condições de tratamento aos loucos.

No século XIX, devido às precárias condições de saúde e de controle da população, no que diz respeito aos hábitos de higiene, surgem iniciativas higienistas. Com a política de saneamento, a medicina é então chamada a intervir através de um mapeamento do espaço urbano, com vistas a prevenir a transmissão de doenças. Seguindo esta lógica, torna-se de grande relevância a criação de um lugar para colocar os loucos que andavam soltos pela cidade, causando temor por seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagiam as provocações dos demais indivíduos.

No ano de 1852 é inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro hospício psiquiátrico, Hospício Pedro II, sendo considerado por muitos, o marco da assistência psiquiátrica brasileira. Segundo Santos, “havia, aí, uma ‘psiquiatria leiga’ onde os hospícios psiquiátricos existiam não enquanto local de cura, mas de isolamento do louco do convívio social” (1994, pg. 29).

Com a Proclamação da República, a direção das instituições psiquiátricas, que antes era subordinada às Santas Casas de Misericórdia, passa para os médicos, colocando-os como porta-vozes legítimos do Estado, surgindo então a chamada “psiquiatria médica”. Esta ainda vê o louco como um sujeito que deve ser excluído da sociedade, mas agora é caracterizado como doente, tendo a necessidade de ser tratado por um especialista. “O médico passou a prometer a cura e, paulatinamente, o binômio saúde-doença foi substituindo o binômio ordem-segurança” (SANTOS, 1994, pg. 31).

Após o advento da proclamação da república são criadas as colônias de alienados, que caracterizam a primeira reforma psiquiátrica do Brasil, tendo como alvo a implantação do modelo de colônias na assistência ao doente mental. Este objetiva criar a boa convivência entre a comunidade e os loucos, em casa ou no trabalho.

Gustavo Riedel funda em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, transformando o movimento da higiene mental. A atuação desta ia ao encontro do movimento de ampliação dos hospícios-colônias e defendia a melhoria da saúde do doente mental, por meio de ações de higiene mental no interior das instituições psiquiátricas.

Na década de 1930, Getúlio Vargas se torna presidente e a principal medida adotada no que diz respeito ao tratamento ao doente mental, está no Decreto nº 24.559 de 1934, que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos” (SANTOS, 1994, pg. 40). Este permitiu que houvesse assistência no ambiente familiar e proibiu o internamento em hospitais gerais.

Destaca-se que, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde, deixam de serem usados os termos asilos, hospícios, alienistas, pois a mesma após a II Guerra Mundial, passou a definir saúde como bem estar físico, mental e social e substituiu o termo doença mental por saúde mental, condenou o uso de tais denominações, passando-os à categoria médica. Inicia-se então um processo de superação da “ideia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental” (AMARANTE, 1998, pg. 88).

Nos anos 1960 o número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados aumenta gradativamente, essencialmente nos grandes centros urbanos. As propostas inovadoras, que buscavam uma alternativa não manicomial encontraram grandes dificuldades de se fixarem como o meio principal para o tratamento destes doentes, devido a forte influência do Estado no tratamento asilar e hospitalocêntrico.

O período compreendido entre os anos de 1978 e 1980 foi marcado pelo início da reforma psiquiátrica, envolvendo entidades e movimentos na formulação das políticas de saúde mental no Brasil. Dentre os diversos atores envolvidos, destaca-se o Movimento dos

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que é considerado por muitos, o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira, e o primeiro movimento em saúde com participação popular. Este lança o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, que coloca à sociedade a discussão sobre loucura, doença mental, a psiquiatria e seus manicômios.

No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. (AMARANTE, 1994, pg. 81)

Segundo Vasconcelos,

Os principais objetivos e palavras de ordem no período foram: denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, [...]; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, [...]; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, [...]. (2008, pg. 23)

A “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental, pode ser vista como o ponto de partida da reforma psiquiátrica brasileira.

Esta é provocada pelas diversas denúncias realizadas por médicos, acerca das condições precárias de trabalho, em clima de ameaças e violências a eles e aos pacientes das instituições. Eram frequentes ainda, denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. A partir de então, profissionais de outras unidades passam a se reunirem periodicamente em grupos, comissões e assembléias para discutir sobre a assistência à saúde mental. O MTSM denuncia a precarização das condições de trabalho, como a falta de recursos das unidades, repercutida na assistência dispensada à população.

No ano de 1979, é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que coloca em pauta “uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, e preservar seus direitos no interior do mesmo” (VENANCIO 1990 apud AMARANTE 1998, pg.55). Um dos pontos importantes levantado neste Congresso, “é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos, como reduto dos marginalizados” (AMARANTE, 1998, pg. 55).

Acontece em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com caráter de consulta e participação popular. É por meio desta, que a expressão reforma sanitária aparece como lema de todo o país, sendo usado como instrumento de mobilização social em torno da reestruturação do setor saúde. Com esta Conferência, surge uma nova concepção de saúde, e estabelece princípios básicos, “como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida” (AMARANTE, 1998, pg. 77).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental é realizada no ano de 1987, como extensão da 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentando-se como marco histórico da psiquiatria brasileira. Nesta foram levantadas questões de grande relevância, entre as quais se verificou a necessidade de expor a importância da participação popular na elaboração e implementação das políticas de saúde mental e priorizar investimentos nos serviços extra hospitalares, como oposição à tendência hospitalocêntrica, bem como, revelar a importância da união entre trabalhadores de saúde mental e sociedade civil na busca pela democratização de instituições e unidades de saúde.

Esta Conferência trouxe como princípio geral a necessidade de reforma sanitária. Tinha como propostas a conversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo extra-hospitalar, com vistas a reduzir os leitos psiquiátricos existentes e substituí-los por leitos em hospitais gerais; proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos; assim como a necessidade de implantar recursos alternativos aos asilares. Foi a partir desta que se buscou resgatar a cidadania dos sujeitos considerados doentes mentais. Outrossim, marca o início da trajetória de desinstitucionalização.

Conforme Amarante, a trajetória da desinstitucionalização, “tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira” (1998, pg.75). Destacam-se neste período diversos acontecimentos de grande relevância, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental; a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁷ e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, conhecido

⁷ O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neurose graves, e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

também como Projeto de Lei Paulo Delgado e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O processo de reforma psiquiátrica assume repercussão nacional em 1989, com o fato ocorrido na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, quando da intervenção da Secretaria de Saúde do Município, após constatar as crueldades que aconteciam na instituição, incluindo óbitos. A Prefeitura do Município ordenou o fechamento do hospital psiquiátrico privado, possibilitando assim o surgimento de um novo processo, com a “criação das condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial” (AMARANTE, 1998, pg. 83).

Entre os anos de 1987 a 1992, assiste-se a processos importantes no avanço da reforma psiquiátrica. O lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado em 1989 propunha a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomiais, bem como regulamentava os direitos do doente mental relativo ao tratamento.

Em 1990 é realizada a Conferência de Caracas, que tinha como objetivo fazer uma revisão crítica do papel dos hospitais psiquiátricos, incentivada pela experiência Italiana⁸ de desinstitucionalização dos doentes mentais, e buscava garantir o respeito aos direitos dos internos. Bem como, gerou um processo amplo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, por meio de pequenas conferências que culminaram na II Conferência Nacional de Saúde Mental.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental acontece em 1992, considerada o grande marco na história da psiquiatria e abre um período de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. Cabe ressaltar que nesta, “foram reafirmados e renovados os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial” (AMARANTE, 1998, pg.84).

Além da II Conferência, os anos entre 1992-1995 pode ser visto como o período que houve maiores e mais significativas mudanças nas políticas de Saúde Mental no Brasil. Há uma redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, aumento do número de profissionais na

⁸ O movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, foi liderado pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, precursor de mudanças radicais nas políticas de saúde mental de seu país. Em 1961 assumiu a direção do hospital em Gorizia, e tinha como alvo transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Este criticava a psiquiatria clássica e hospitalar, por isolar o louco, excluindo-o e reprimindo-o, fazendo de seu corpo um objeto de intervenção clínica. Em 1970 a frente da direção do Hospital Provincial em Trieste, deu início ao processo de fechamento do mesmo, promovendo a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, trazendo como proposta a desinstitucionalização. No ano de 1973, a OMS apresentou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como referência mundial para reformulação da assistência em saúde mental.

atuação em Saúde Mental, aumento do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e o aumento dos serviços extra-hospitalares.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, houve um bloqueio no plano federal às tentativas de melhoria da reforma e “um relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde” (VASCONCELOS, 2008, pg. 29). Momento este, marcado também por uma mudança no perfil de participação no Movimento da Luta Antimanicomial, com maior participação de usuários e familiares nos encontros locais, regionais e nacionais do movimento.

O projeto de lei Paulo Delgado, lançado em 1989, levou à aprovação da Lei 10.216⁹ no dia 06 de abril de 2001. Esta Lei Federal de Saúde Mental traz o progresso na questão do tratamento ao doente mental, bem como a questão da desinstitucionalização como forma de garantir o direito à liberdade do sujeito que possui transtorno mental, e o seu convívio junto à sociedade. Esta nova abordagem coloca a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania, implicando uma luta pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários e de seus familiares.

A estratégia de desinstitucionalização tem como pressuposto, a mudança das relações de poder entre a instituição e os usuários e seus familiares, como forma de participação destes nos serviços e tratamentos. Outrossim, propõe que esta mudança dos serviços e do tratamento ao doente mental ocorrerá apenas no momento em que houver uma transformação cultural na sociedade, começando pela mídia e os demais aparelhos formadores de opinião pública, “visando mudar a atitude em relação à loucura, no sentido de não rejeitá-la e segregá-la, e aceitar o diálogo com nossas dimensões sombrias e irracionais” (VASCONCELOS, 2008, pg. 43).

1.2.1 Leis e portarias que regulamentam a Saúde Mental

Como foi visto anteriormente, o doente mental foi tratado por muito tempo como um objeto de periculosidade à sociedade, que deveria ser excluído do meio social, pois não se encaixava no perfil da comunidade, ou seja, não era visto como “normal”.

⁹ Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Além de serem tratados de maneira preconceituosa pela sociedade em que estavam inseridos, o Estado se mostrou por muitos anos ausente na elaboração de políticas destinadas às pessoas com transtornos mentais, e omissos de sua responsabilidade sobre a saúde desta população. Percebe-se que muitos caminhos foram perpassados para que estes sujeitos tivessem seus direitos respeitados e sua cidadania garantida, podendo usufruir de um serviço que atendesse suas especificidades.

Anteriormente, o que havia em termos legais para as pessoas com transtornos mentais, era apenas o antigo Decreto nº 24.599/1934 revogado no governo Collor,

[...] que tratava essas pessoas de psicopatas e contemplava o princípio de que a suspeita e não a constatação de doença mental, possibilitava o internamento da pessoa, como identificou-se no art. 9º que, a pessoa com transtorno mental que fosse considerada inconvenientemente na sua casa podia ser recolhida no manicômio. (SPRICIGO, 2001, apud, MARCA, 2003, pg. 46)

Veremos portanto, como se apresenta hoje a legislação voltada à defesa e garantia dos direitos destes indivíduos:

Portaria nº 224/1992 - Regulamenta todos os serviços de saúde mental.

Portaria nº 106/2000 - Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Portaria nº 1.220/2000 - Criação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional “Cuidador em Saúde”, o grupo de procedimentos “Acompanhamento de Pacientes” e o subgrupo ‘Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos’, dentre outros.

Lei 10.216/2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

Portaria nº 336/2002 - Estabelece os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

Portaria nº 251/2002 - Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Lei 10.708/2003 – Estabelece o auxílio reabilitação psicossocial e Projeto de Volta para Casa.

Portaria nº 052/2004 - Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

Portaria nº 245/2005 - Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.

Portaria nº 246/2005 - Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.

Lei 11.343/2006 - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

Grandes progressos podem ser vistos no que diz respeito a base teórica que sustenta as ações voltadas à assistência aos sujeitos com transtornos mentais, contudo, há muito o que se avançar, visto que muitos destes serviços existem apenas em pequenas quantidades e em determinados municípios, e em outros ainda nem saíram do papel, ou muitas vezes não funcionam como deveria.

2 UM OLHAR SOBRE A SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA

Esta seção busca apresentar como se desenvolveu a trajetória histórica da política de Saúde Mental no Estado, bem como expor como está organizada atualmente a rede de Saúde Mental.

2.1 SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA

Tem-se no ano de 1909 o início da assistência em saúde mental no Estado de Santa Catarina, quando o Bispo Diocesano consentiu que o Padre Lux construísse um hospital de “alienados” em Azambuja, no município de Brusque, que visava a prestação de assistência aos pacientes que viviam isolados, acorrentados em porões ou presos em suas próprias casas. Este trazia em sua direção, as freiras da Irmandade da Divina Providência e prestou atendimento no período de 1910 a 1942. Neste mesmo momento, houve a construção do Hospício do Dr. Schneider, em Joinville (TEIXEIRA, 1993).

No dia 10 de novembro de 1941 é inaugurado o Hospital Colônia Santana, no município de São José, quando a saúde ainda era da responsabilidade da Secretaria da Justiça, Educação e Saúde. Os internos de Azambuja, juntamente com as freiras que os atendiam, e outros internos provenientes de Joinville, foram transferidos para o referido nosocômio. Havia no Estado nesta época, apenas um ambulatório de doença mental, que pertencia ao Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM), localizado na Unidade Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública de Florianópolis. Este serviu por muito tempo como um local de triagem para as internações na Colônia.

A trajetória do Hospital Colônia Santana, confunde-se com a própria história da psiquiatria no Estado. De acordo com Teixeira, no período em que este foi construído,

[...] assim como desde os primeiros anos da década de 1930, a concepção predominante era a de grandes instituições manicomiais portadoras de um saber e uma técnica adequada ao atendimento dos doentes mentais, denominados, então, de psicopatas. (1993, pg. 20)

Salienta-se que, um dos aspectos fundamentais na transformação das condutas terapêuticas, que coincide com o início da utilização dos psicofármacos, foi a transferência do

atendimento prestado pelas religiosas, para o atendimento medicamentoso centrado no saber e na figura do médico.

A Política de Saúde Mental do Estado era desenvolvida em concordância com a Política Nacional. Distinguia-se por privilegiar a internação como forma de assistência ao doente mental e se baseava em um modelo de gestão asilar, sustentado por uma rede psiquiátrica voltada para a reclusão destes doentes.

Na década de 1960 continuou a ser desenvolvido o modelo de gestão asilar, o que resultou na implantação de um Manicômio Judiciário em Florianópolis, e três novos hospitais psiquiátricos, de iniciativa privada, “sendo um em Criciúma, Casa de Saúde Rio Maina Ltda, com capacidade para 90 leitos; um em São José, o Instituto São José Ltda, com capacidade de 173 leitos e, em Joinville, a Clínica Nossa Senhora da Saúde, com 80 leitos” (SANTOS, 1994, pg. 92).

Em 1971, devido as internações referentes às prescrições judiciais e também à “periculosidade” destes internos, houve a inauguração de um manicômio, subordinado ao Poder Judiciário, cuja função era carcerária.

A partir desta década, iniciou-se no Estado uma nova política de psiquiatria, que trazia como discurso a busca pela interiorização do poder psiquiátrico, visto que este se concentrava praticamente em Florianópolis. Mas o discurso colocado à população, era de que se tratava de uma psiquiatria preventiva ou comunitária. Esta política teve início com a criação da Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública.

A tarefa era integrar as ações com a rede de saúde pública e com as de outras instituições da comunidade; desenvolver ações de saúde mental em nível primário, secundário e terciário, visando os princípios técnico-administrativos da integração, regionalização e descentralização. Seu objetivo foi o de diminuir as internações mantendo os pacientes nas suas regiões de origem. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA 1983, apud SANTOS 1994, pg. 93)

Este conjunto de propostas que visava a interiorização da psiquiatria, era considerado o meio pelo qual seria permitido “o equacionamento e redução do custo com a assistência psiquiátrica, pois com o aumento da cobertura populacional haveria uma redução da necessidade de permanência intramuros” (SANTOS, 1994, pg. 94).

O Estado de Santa Catarina nesta época era um dos que possuía a mais alta taxa de internações/consultas no Brasil, levando o mesmo a obter até 1975, um aumento significativo

de internações, visto que o louco era considerado fonte de lucro pela iniciativa privada (TEIXEIRA, 1993).

Neste período, a Política de Saúde Mental de Santa Catarina priorizava a interiorização da ação psiquiátrica por meio dos ambulatorios, que muitas vezes sofriam com a falta de recursos humanos e materiais. Estes desenvolviam uma ação de prevenção primária, orientando grupos de mães ou gestantes, escolas, paróquias e outras entidades. A prevenção secundária ocorria por meio do atendimento individual, de modo geral, pela medicação farmacológica.

Na década de 1980, assiste-se a busca de novas maneiras de melhorar a assistência psiquiátrica no Estado. Este pretendia obter novos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, bem como implantar e reativar os ambulatorios desativados. “Assim, durante toda a década de 1980, segue uma política ‘preventiva ambulatorial’, [...]” (SANTOS, 1994, pg. 96).

Visto que o número de pacientes psiquiátricos aumentava cada vez mais, o governador Esperidião Amim H. Filho em 1985, baixou um decreto que apresentava algumas definições da atuação da psiquiatria e especificava a sua demanda.

O decreto nº 24.982, de 14 de março de 1985 definiu o “desajustado social” – “pessoa cujo comportamento não se ajusta às normas do meio social em que vive” -, o “doente mental” – “caracterizava-se por um estado de desequilíbrio psicológico com repercussões na esfera emocional e na função adaptativa de uma pessoa ao meio em que vive” -, e “estado psicótico” – “situação de doença mental que se caracteriza por distorções do senso da realidade, inadequação e falta de harmonia entre pensamento e afetividade”. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA 1984, apud, SANTOS 1994, pg. 98)

Foi este decreto que regulamentou a assistência psiquiátrica no Estado, baseando-se nos princípios de integração, regionalização, coordenação e descentralização; e estabeleceu o quadro de profissionais de saúde mental.

“A segunda metade da década de 1980, no entanto, apresentou um refluxo significativo dos investimentos na área da saúde, ocasionando sensível redução de leitos” (TEIXEIRA, 1993, pg. 24). Como consequência da diminuição de leitos hospitalares em todo o Estado, houve o aumento da demanda das internações no Hospital Colônia Santana.

Assim, “a política de saúde mental catarinense, e a prática psiquiátrica até 1987, podem ser, em linhas gerais, caracterizada pela pretensão da cura, pela obtenção de lucro, pela segregação ou exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do ‘doente mental’” (SANTOS, 1994, pg. 101).

No ano de 1987 houve a criação em Santa Catarina, da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental, que elaborava as Diretrizes de Política de Saúde Mental para todo o Estado. “Reconheciam os profissionais desta comissão que a hospitalização da ‘doença mental’ tende a ser segregadora e cronificante. Desta forma, deve ser encarada como último recurso, após esgotadas todas as tentativas de tratamento” (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE MENTAL 1987, apud, SANTOS 1994, pg. 102).

A Política de Saúde Mental no Estado, desenvolvia-se neste período pelo caminho da desospitalização, convivendo ainda com o modelo hospitalocêntrico. A partir da década de 1990, surgem em Santa Catarina, novas formas de assistência à saúde mental, representando assim, uma alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional.

Abandonou-se no Estado, a intenção da construção de hospícios. Deste modo, o governo resolveu dar continuidade ao programa que propunha a diminuição dos leitos do Hospital Colônia Santana, e oferecer treinamento a clínicos-gerais e enfermeiras para melhorar o atendimento aos internos da Colônia e evitar a institucionalização.

A antiga Colônia foi dividida em dois setores, sendo que um passou a ser denominado de Instituto de Psiquiatria (IPq), e hoje segue as recomendações da OMS. O internamento só deve acontecer quando não há respostas dos outros tratamentos ambulatoriais já realizados. A pessoa que deve indicar a internação é o médico psiquiátrico que atende o paciente. E o outro, denomina-se Centro de Convivência Santana, no qual, permanecem aqueles sujeitos que foram internados, por meio da antiga Política de Assistência, e não possuem laços familiares e nem lugar para residir.

A Política de Saúde Mental de Santa Catarina traz como pressupostos a inclusão social e a capacidade da sociedade conviver com o diferente. Esta é “formulada e executada de acordo com o SUS, ou seja, a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social” (FERREIRA, 2004, pg. 33).

Após a promulgação da Lei nº 10.216 de 2001, inicia-se um período de mudanças importantes na área da saúde mental, que trazem como estratégias de ação, a descentralização, a desospitalização, a prevenção de doenças e promoção da saúde mental. Desta maneira,

A Secretaria de Estado da Saúde através da Coordenação de Saúde Mental, em consonância com os princípios do SUS e a política do Ministério da Saúde, tem dirigido seus esforços para incentivar a implementação de um conjunto de medidas educativas, preventivas, assistenciais e de reabilitação, garantindo assim, os direitos dos portadores de transtornos mentais, promovendo sua cidadania e favorecendo sua inclusão social.

(COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL 2002, apud, FERREIRA 2004, pg. 33/34)

Contudo, mesmo com os avanços na Política de Assistência à Saúde Mental, verifica-se ainda, obstáculos no processo de reforma psiquiátrica no Estado, no âmbito da política de saúde mental, tais como:

Falta de recursos humanos e materiais, aliado a necessidade de humanização dos cuidados prestados aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL 2002, apud, FERREIRA 2004, pg. 34/35)

Outrossim, identificam-se problemas como:

Qualificação insuficiente dos profissionais e gestores de saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica; Entidades formadoras – área da saúde – com pouco conhecimento da Reforma Psiquiátrica; Rede de saúde mental com pouca integração intra e intersetorialmente; Falta de uma política para os casos de agravos mentais oriundos do trabalho e pouca efetividade no controle social. (PLANO OPERATIVO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2008, pg. 05)

O que se pode observar é que a construção da Política de Saúde não ocorreu de forma rápida, ao contrário, vem se consolidando com o passar dos anos por meio de pequenas ações, porém, conta ainda com alguns desafios a serem superados. Assim como a reforma psiquiátrica que foi se instalando no país e no Estado de maneira gradativa, buscando seu fortalecimento, a medida que consegue imprimir na sociedade uma visão crítica a respeito das condições em que as pessoas com transtornos mentais são tratadas, e da maneira pelas quais são vistas por esta mesma sociedade.

2.2 A REDE DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO

Atualmente, o Estado conta com uma população de 6.049.234 habitantes, distribuídos em 293 municípios¹⁰. O mesmo é representado, no âmbito da estrutura política administrativa,

¹⁰ Fonte: Plano Operativo Estadual de Saúde Mental, 2008-2010.

por 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), contando com Gerências de Saúde em todas SDR.

De acordo com o Plano Operativo Estadual de Saúde Mental, a rede de saúde mental é composta por 154 serviços de saúde mental – atenção básica; 60 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 720 leitos nos 04 hospitais psiquiátricos e 480 leitos psiquiátricos em cerca de 18 hospitais gerais, que atendem pessoas com transtornos psíquicos e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas; 03 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no município de São José e 38 pessoas beneficiadas com o auxílio reabilitação psicossocial – Programa de Volta para Casa (PVC)¹¹.

Um dos grandes desafios para o Estado atualmente, é fortalecer a rede de saúde mental na atenção básica, visto que 80% dos municípios não apresentam o critério populacional para implantar CAPS¹². Apenas 20% dos municípios (57) apresentam este critério, ou seja, têm população superior a 20.000 habitantes.

Os CAPS estão distribuídos em 49 municípios de 28 SDRs. Ainda não há CAPS III¹³ no Estado catarinense, mas os municípios de Criciúma e Joinville já estão em fase de implantação. Verifica-se que 08 SDRs (São Miguel do Oeste, Maravilha, Ituporanga, Ibirama, Itapiranga, Seara, Taió e Braço do Norte) não contam com este dispositivo assistencial. Os municípios de Maravilha, Três Barras, Criciúma, São José, Camboriú, Forquilha e Navegantes estão em processo de implantação de CAPS. Hoje existem somente 04 CAPS implantados em municípios (Palmitos, Quilombo, Dionísio Cerqueira e Siderópolis) com população menor que 20.000 habitantes, servindo apenas a um grupo de municípios.

Segue abaixo, quadro com o número de CAPS por SDR:

SDR	CAPS I ¹⁴	CAPS II	CAPS ad ¹⁵	CAPS i ¹⁶
3ª São Lourenço do Oeste	01			
4ª Chapecó		01	01	01
5ª Xanxerê	03			
6ª Concórdia	01			

¹¹ Fonte: Plano Operativo Estadual de Saúde Mental, 2008-2010.

¹² Segundo o Ministério da Saúde, os municípios com menos de 20.000 habitantes não precisam ter CAPS, e podem estruturar sua rede de cuidados a partir da atenção básica.

¹³ CAPS III – são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

¹⁴ CAPS I e CAPS II – são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

¹⁵ CAPSad – são CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

¹⁶ CAPSi – são CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

7ª Joaçaba	03			
8ª Campos Novos	01			
9ª Videira *	01			
10ª Caçador		01	01	
11ª Curitiba	01			
12ª Rio do Sul	01			
15ª Blumenau	01	01	01	01
16ª Brusque	01			
17ª Itajaí	01	02	01	01
18ª Grande Fpolis		02	01	01
19ª Laguna	03			
20ª Tubarão	01			
21ª Criciúma	05	01	01	
22ª Araranguá	01			
23ª Joinville		01	01	01
24ª Jaraguá do Sul		01		
25ª Mafra	04			
26ª Canoinhas	02			
27ª Lages		01		01
28ª São Joaquim	01			
29ª Palmitos	01			
30ª Dionísio Cerqueira	01			
32ª Quilombo	01			
35ª Timbó	02			
Total	37	11	07	06

Fonte: Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008-2010

Em relação à rede hospitalar, de acordo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, verifica-se grande dificuldade na abertura de Unidades Psiquiátricas (UP) nos Hospitais Gerais de Santa Catarina, por uma série de razões como:

Prioridade para outras especialidades e programas hospitalares; escasso preparo das equipes de saúde para operacionalizarem ações especializadas de saúde mental; necessidade de recursos humanos qualificados para ações especializadas de SM; o estigma da doença mental ancorado em noções de periculosidade e violência; dificuldade na integração de um modelo de saúde que busca superar a separação de problemas mentais e de problemas físicos; necessidade de espaço físico adequado, entre outras. (PLANO OPERATIVO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2008, pg. 13)

A internação de adolescentes, em geral, para tratamento de dependência química, que se apresenta hoje como um dos grandes fatores que levam ao transtorno mental, devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas, também enfrenta dificuldades, visto que não há oferta de leitos hospitalares, e não conta com locais adequados para o atendimento destes jovens.

No caso de crianças, o caso é ainda mais grave, pois não há hospitais no Estado que disponham de leitos para esta faixa etária, mesmo nos 04 hospitais infantis (Florianópolis,

Lages, Itajaí e Joinville) e nos hospitais gerais. Ressalta-se que, a demanda de internação de crianças com deficiência mental (moderada), revela a necessidade de integração entre os campos da saúde mental, da educação, da justiça e da assistência social, para o desenvolvimento de estratégias e ações preventivas e reabilitadoras para esta população.

Atualmente não são todas as SDRs que dispõem de leitos hospitalares em seus territórios. Os 4 hospitais psiquiátricos existentes no estado se concentram nas regiões da Grande Florianópolis (3), e Criciúma (1), ficando as outras regiões, descobertas de leitos psiquiátricos. Destaca-se que, os hospitais de grande porte que atendem especialidades, não possuem interesse em cadastrar leitos psiquiátricos.

De acordo com o Plano Operativo Estadual de Saúde Mental, o número de leitos ativos propostos são de 1348; os leitos infantis 24 e os leitos asilares 280. A média de internações/mês em 2007 foram de 1.840. Dentre os leitos cadastrados estão: Leitos existentes – 1.081, incluindo privados e convênios; e cadastrados no SUS – 1.122.

Entre o período de 2006 e 2007, foram cadastrados 29 leitos em hospitais dos municípios de Tunápolis, Concórdia e Laguna. Hoje, estão em processo de cadastramento, os hospitais dos municípios de Gauraciaba, Faxinal do Guedes, Caçador e Laguna (ampliação n° leitos), totalizando 43 novos leitos¹⁷.

No processo de reforma psiquiátrica, no âmbito da desinstitucionalização, destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias para as pessoas que estiveram internadas por longo período em hospitais psiquiátricos ou usuários de outros serviços de Saúde Mental que não possuem suporte familiar e/ou comunitário suficientes para garantir um espaço de moradia. O Estado dispõe apenas de 03 SRTs, que se encontram no município de São José e vinculadas ao IPq/SC, portanto, tendo sua gestão geridas pelo Estado. Contudo, de acordo com a Portaria GM n° 106/2000¹⁸, os SRTs devem ser geridos pelo município. Entretanto, destaca-se que o município de São José ainda não assumiu a gestão, por não contar com uma rede de atenção à saúde mental.

Outro mecanismo de assistência à saúde mental é o Programa de Volta para Casa (PVC)¹⁹, que tem como finalidade garantir a assistência, o acompanhamento e a integração

¹⁷ Fonte: Plano Operativo Estadual de Saúde Mental, 2008-2010.

¹⁸ Portaria GM n° 106, de 11 de fevereiro de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

¹⁹ O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Este Programa atende ao disposto na Lei n° 10.216, que no art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica. O beneficiário recebe um valor mensal de R\$ 320,00. Em Santa Catarina, de acordo com o Relatório de Gestão 2008 da Coordenação Estadual de Saúde Mental, apenas 42 pessoas recebem o benefício, visto que há 270 moradores asilares no Centro de Convivência Santana, muitos com condições de retornar ao convívio sócio-familiar. Apenas 11 municípios de todo o Estado (São José, Florianópolis, Campos Novos, Lages, Blumenau, Joinville, Camboriú, Canoinhas, Jaraguá do Sul, Içara e Palhoça), aderiram ao Termo de Adesão Municipal – PVC – Portaria GM nº 2077/2003²⁰.

O quadro a seguir apresenta a atual rede de saúde mental no Estado.

Rede de Atenção à Saúde Mental – quadro atual

Especificação	Quantitativo
Serviço Municipal de Saúde Mental - atenção básica	157
Ambulatório de psiquiatria (Hospital Universitário e Centro Saúde - Fpolis)	02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	63
Centro de Convivência Santana (Hosp.Colônia Santana)	270 leitos
Instituto de Psiquiatria/SC	160 leitos
Instituto São José	100 leitos
Casa Saúde Rio Maina	160 leitos
Hospitais Gerais – com unidades psiquiátricas	480 leitos
Total geral leitos psiquiátricos SUS	1.122 leitos
Residência Terapêutica em Saúde Mental	03

Fonte: Relatório de Gestão 2008 da Gerência de Coordenação da Atenção Básica.

Segundo a Coordenação Estadual de Saúde, algumas metas propostas pelo Plano Estadual de Saúde Mental não foram obtidas. Assim, mostra-se necessário a união de forças para o cumprimento destas metas, das quais se destacam como prioritárias:

²⁰ Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, nos termos de seu artigo 8º.

Ampliar a rede ambulatorial: Serviços Saúde Mental, NASF²¹ e CAPS; Ampliar o quantitativo de supervisões principalmente na rede CAPS; Permanecem as dificuldades para cadastramento de leitos psiquiátricos principalmente nas SDRs de: Blumenau, Itajaí, Brusque, Joinville, Jaraguá do Sul, Mafra, Canoinhas, Chapecó, Tubarão; Proposta para a desinstitucionalização de pacientes asilares (moradores em instituições psiquiátricas): permanecem os 03 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) com a gestão do Ipq; Ampliar o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa/auxílio reabilitação psicossocial; Implementar estratégias relativas à atenção à criança e ao adolescente, aumentando o número de CAPSi nos municípios que apresentam o critério populacional; Necessidade urgente de implantar/cadastrar leitos psiquiátricos em hospitais infantis, tendo em vista que no Estado não há nenhum serviço público que trate esta clientela quando necessita de cuidados em ambiente de internação; Não foram oferecidos cursos – área de saúde mental - pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço, aos profissionais da rede de atenção em saúde mental; Não foi realizada capacitação para profissionais que atuam em unidades psiquiátricas de hospitais gerais; [...]. (GERÊNCIA DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2008, pg. 16/17)

Verifica-se que, mesmo com o progresso da assistência à Saúde Mental em Santa Catarina, são grandes as barreiras a serem vencidas e um longo caminho a ser perpassado, até que esta assistência se torne uma forma de legitimar os direitos dos indivíduos com transtornos mentais. Estes direitos só serão consolidados no momento em que houver uma transformação de consciência da população, dos familiares, da mídia em geral, e do Estado. No entanto, é preciso que a luta na defesa dos direitos destes sujeitos continue, para que os mesmos possam usufruir de tratamentos dignos e de qualidade, respeitando suas especificidades, e para que seja garantido a estes, a cidadania e o respeito a seus direitos.

²¹ O NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Foi criado por meio da Portaria

3 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Atualmente a área da saúde tem sido uma das principais áreas de atuação do assistente social. Assim, verifica-se a importância de compreendermos como seu deu esta inserção mais especificamente na Saúde Mental.

3.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A emergência do Serviço Social no Brasil ocorre nos anos de 1930, com influências européias, mas somente a partir de 1945 é que acontece a expansão da profissão, ligada as exigências e necessidades que o capitalismo tinha para se aprofundar no país, e as mudanças que ocorreram no cenário internacional devido ao fim da Segunda Guerra Mundial. Outrossim, é neste período que se amplia a atuação profissional na área da saúde.

Com o novo conceito ampliado de saúde, requisitou-se a atuação de novos profissionais para o setor, dentre eles, destaca-se o assistente social. Este conceito se apresenta vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, resultando em diversos desdobramentos. Como é o caso do trabalho em equipe multidisciplinar que permitiu,

[...] suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO, 2007, pg. 199).

O início da atuação do profissional no interior da área da saúde se dá no âmbito curativo por meio de abordagem individual, mediante o Serviço Social de Caso²², que trazia técnicas de aconselhamento com procedimentos adotados da Psicologia.

Embora os Centros de Saúde tivessem sido criados em 1920, não foi nestes espaços que se consolidou a inserção do assistente social na área da saúde. Na década de 1950 a ação

GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

²² O Serviço Social de Caso foi um método utilizado na década de 1920-1930, baseado em um conjunto de conhecimentos, na compreensão do indivíduo de seu problema e no emprego de técnicas aplicadas da Psicologia (ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas). Tem por finalidade ajustar o homem ao seu meio.

profissional deste, era centrada em hospitais e ambulatórios. Tinha como prioridade “fortalecer a personalidade do doente” (BRAVO, apud, FERREIRA, 2004, pg. 44), bem como realizar atividades como assistente dos médicos. As atividades desenvolvidas no interior dos Centros de Saúde eram realizadas por médicos, enfermeiros e visitantes. Apenas em 1975 é que os profissionais de Serviço Social são inseridos nestas instituições.

Com a ampliação da assistência médico hospitalar, o assistente social era visto como um profissional importante neste espaço, devido sua capacidade de lidar com a contradição entre a demanda e seu caráter de exclusão e seletividade. Como os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser exercidas pelos assistentes sociais, nos Centros de Saúde, não havia então a necessidade da inserção destes profissionais.

O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO, 2007, pg. 199)

A partir dos anos 1960, emerge no centro da profissão um grande debate acerca do seu conservadorismo/tradicionalismo. Com o processo de modernização conservadora implantado no país, exigiu-se da profissão a sua renovação, “face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática” (BRAVO, 2007, pg. 201).

O Serviço Social passa a receber influências na área da saúde, da modernização que se desenvolveu no campo das políticas sociais, consolidando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária. “O Serviço Social nas décadas de 1970 e 1980 foi fortemente influenciado pelo sanitarismo e pela tendência preventiva no trato das ‘questões sociais’” (VASCONCELOS, apud, FERREIRA, 2004, pg. 46).

A década de 1980 no Brasil foi vista como um período em que houve grande mobilização política e um aprofundamento da crise econômica. Nesta ocasião, verificou-se um movimento “de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo” (BRAVO, 2007, pg. 203), no interior da saúde coletiva, bem como no Serviço Social.

A conjuntura dos anos 1980 é marcada pelo surgimento do Movimento Sanitário, que avança no que diz respeito à elaboração de propostas que fortaleçam o setor público em oposição ao modelo que privilegia o setor privado, e traz como marco a VIII Conferência

Nacional de Saúde. Com a Constituição Federal de 1988, verifica-se um progresso na área da saúde, na medida em que coloca saúde como um direito universal.

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (BRAVO, 2007, pg. 203/204)

Durante este período, observa-se uma mudança de posição do Serviço Social na área da saúde, com uma postura mais crítica dos trabalhos de saúde. Porém, este pequeno avanço se mostra insuficiente, pois a profissão chega aos anos 1990 com apenas o início de uma transformação da prática institucional, e continua desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária.

Nos anos 1990, o projeto neoliberal se consolida no Brasil como um projeto político econômico. No que se refere a política de saúde, o projeto da reforma sanitária passa a ser questionado, e busca-se a consolidação do projeto de saúde privatista. Identifica-se neste momento, a disputa na área da saúde entre os dois projetos políticos, o privatista e o da reforma sanitária. Contudo, verifica-se que este último é que vai ao encontro do Projeto Ético Político da profissão, bem como do Código de Ética. Estes projetos políticos, porém, apresentam diferentes exigências para o Serviço Social.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinariedade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO, 2007, pg. 206)

Outrossim, esta década pode ser caracterizada por uma parcela de profissionais do Serviço Social que se uniram para consolidar a ruptura com o Serviço Social Tradicional, tanto no aspecto político, como institucional e acadêmico.

O assistente social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada a do médico, atuando geralmente de forma 'assistencial' na saúde pública e no 'ajuste', desde a emergência do predomínio do modelo 'clínico' na medicina. Mesmo com o surgimento das propostas racionalizadoras e reformadoras para o setor, a contribuição dos assistentes sociais foi reduzida, continuando sua ação de caráter residual. Entretanto, existem grupos de assistentes sociais que criticam a prática desenvolvida pela categoria. Alguns tem caído numa polarização reducionista, pautando-se uns no discurso da 'impotência' e outros com propostas 'voluntaristas'. Por outro lado, surge no interior do movimento da categoria um terceiro grupo, que de forma mais consequente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros. (BRAVO, 1996, apud, FERREIRA, 2004, pg. 46/47)

Em 2002 é eleito para presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e no seu programa de governo, coloca a saúde como um direito fundamental e o compromisso em garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde. No entanto, verifica-se que as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica do capital, e não há a valorização da Seguridade Social. Os dois projetos políticos ainda permanecem em constante disputa. Do mesmo modo, o Serviço Social se insere nesta tensão, à medida que este período marca a hegemonia da tendência de intenção de ruptura, e a ainda se identifica o conservadorismo indo de encontro a tal tendência. Isto porque a crítica à intenção de ruptura, afirma que o marxismo não responde ao conjunto de desafios que são colocados atualmente à profissão.

O trabalho do assistente social na saúde deve se basear na busca para incorporar novos conhecimentos e requisições à profissão, que se articulem aos princípios dos projetos da reforma sanitária e Ético-Político do Serviço Social.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (MATOS, 2003, apud, BRAVO, 2007, pg. 213)

Verifica-se ainda, que o Código de Ética profissional do Serviço Social, dá sustentação ao trabalho do assistente social na área da saúde, à medida que coloca entre seus princípios fundamentais, a defesa dos direitos humanos; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que garanta o acesso universal aos bens e serviços referentes as políticas sociais; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população; etc.

Pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde é: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO, 2007, pg. 214)

Portanto, a atuação do assistente social, independente da área em que atuar, deve ser movida pela perspectiva de defesa e ampliação dos direitos da população. É neste âmbito que o profissional deve estar inserido na área da saúde, visando garantir a consolidação do direito a saúde a todo e qualquer indivíduo. Desta forma, o profissional deve atuar de maneira que esclareça à população usuária quais os seus direitos enquanto cidadão, na perspectiva de garantir o direito à saúde e o acesso universal aos serviços e bens de qualidade. O assistente social irá exercer ações sócio-educativas, com objetivo de viabilizar o acesso a este direito e aos meios para exercê-lo, ou seja, o acesso a garantia de uma saúde digna e de qualidade a estes usuários, lutando pela efetivação deste direito, e assim fazendo com que as necessidades dos mesmos sejam reconhecidas pelo Estado.

3.2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A área da saúde é hoje o espaço que mais insere profissionais de Serviço Social, porém nem sempre foi assim. Nos primeiros trinta anos da profissão no Brasil, não havia assistentes sociais na área psiquiátrica, devido ao reduzido número de profissionais até meados dos anos 1960.

Verifica-se que as primeiras práticas diretas dos assistentes sociais em saúde mental no Brasil se iniciam mediante inspiração do modelo das “Child Guidance Clinics” proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, que viam neste uma estratégia de diagnosticar e tratar as “crianças-problema” e implementar a educação higiênica nas escolas e na família, principalmente junto aos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), em 1946 (VASCONCELOS, 2008).

A partir deste momento, as primeiras inserções do Serviço Social em estabelecimentos psiquiátricos foram residuais. Havia um pequeno número de profissionais, e faziam uso de modelos de práticas higienistas, caritativo e clínicos. Atuavam principalmente em manicômios estatais.

Após os anos de 1964 o quadro hospitalar brasileiro passou por mudanças originadas de reformas no sistema de saúde e previdência, sob o discurso de modernização e racionalização. Com isto, emergiram novas clínicas psiquiátricas privadas que atendiam os trabalhadores e seus dependentes, por meio de um convênio com o Estado. No entanto, não houve a contratação de assistentes sociais.

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre a assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estende a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. (RESENDE, 1990, apud, ALFLEN, 2008, pg. 29)

Ampliou-se o número de hospícios no Brasil devido as reformas da saúde e da previdência, sendo sua administração centralizada e o atendimento médico privatizado.

Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada, abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de Saúde Mental. (BISNETO, 2007, pg. 23)

Nesta conjuntura, a doença mental acabou se tornando objeto de lucro e mercadoria. Há um aumento, nos centros urbanos, do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados.

Os anos 1970 foram responsáveis pela inserção efetiva do Serviço Social em hospitais psiquiátricos, devido às exigências estabelecidas pelo INPS. O Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) apresentava a equipe interdisciplinar²³ como sendo de grande relevância para dar assistência ao doente mental visando sua melhora, e assim contribuindo para ampliação do espaço ao Serviço Social no interior das Instituições Psiquiátricas.

Nos anos 1970, o assistente social era chamado para fazer parte de equipes multiprofissionais sem uma definição clara do perfil de atuação, trabalhando

²³ A interdisciplinariedade, é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. (VASCONCELOS, 2008)

mais como auxiliar do psiquiatra nos problemas sociais do que especificamente como assistente social. (BISNETO, 2007, pg. 53)

Neste período, o Estado passou a centralizar os serviços de saúde, fazendo com que fosse possível estabelecer certas normas, como a de que todo estabelecimento psiquiátrico que cobrasse do INPS, tivesse que ter assistentes sociais em seu quadro de funcionários. “Portanto, só nos anos 1970 se iniciou uma atuação quantitativamente expressiva em termos de número de assistentes sociais na área psiquiátrica” (BISNETO, 2007, pg. 24). Estes profissionais, além de atuarem em estabelecimentos psiquiátricos privados, passaram a atuar ainda nos estabelecimentos filantrópicos conveniados.

Apesar do regime autoritário na década de 1970, algumas tentativas de reorganização do setor foram feitas, como a portaria do INAMPS de 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais no hospitais, incluindo os assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2008, apud, BISNETO, 2007, pg. 24)

Observa-se que o aumento da contratação dos assistentes sociais em hospitais psiquiátricos tinha por finalidade cumprir a regulamentação do Ministério, assim pagavam o mínimo possível como salário, e os profissionais não tinham funções definidas. Geralmente eram contratados apenas um profissional em cada hospital. Quando a quantidade de pacientes exigia que fossem contratados mais de um assistente social, esta era feita em situação precária e por meio de contrato provisório.

Durante a ditadura militar, o grande problema na sociedade não era mais a loucura, pois esta permanecia controlada pela psiquiatria e pelos psicofármacos, porém a pobreza não era controlada. Esta, juntamente com o abandono e a miséria, causava polêmica no centro da sociedade, principalmente depois que trabalhadores e seus dependentes passaram a serem atendidos na rede previdenciária de assistência mental. Diante disto, o INPS forçou as clínicas psiquiátricas conveniadas a contratarem assistentes sociais para executarem políticas sociais na área de Saúde Mental, “repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos ‘necessitados’” (BISNETO, 2007, pg. 25).

A ampliação do mercado de trabalho e o reforço da legitimidade do Serviço Social é expressão da resposta das classes dominantes ao enfrentamento das novas formas de expressão da questão social, que tem como pano de fundo a ampliação do processo de pauperização da população trabalhadora. (IAMAMOTO e CARVALHO, 1988, apud, BISNETO, 2007, pg. 27)

As necessidades de racionalização da Previdência Social que visava diminuir as contradições do sistema de Saúde Mental, deve-se ao fato de que havia um grande número de operários que estavam caindo em crise mental devido as péssimas condições de trabalho durante a expansão capitalista; muitos trabalhadores buscavam fugir do desemprego, recorrendo ao recebimento de pensões, aposentadorias e auxílios previdenciários por motivo de padecimento mental; e as clínicas privadas credenciadas tinham gastos excessivos com internações duvidosas. Cabe destacar então, que o Serviço Social foi inserido na Saúde Mental como mais uma das medidas de racionalização do sistema saúde-previdência.

A inserção dos assistentes sociais nos serviços psiquiátricos nos anos 1970 se deu sem que se elaborasse uma proposta de sistematização da prática na Saúde Mental, recaindo a profissão, então, numa indefinição profissional nesse campo de atuação. (ALFLEN, 2008, pg. 33)

Com isso, os profissionais acabavam atuando sem que houvesse uma demanda específica e sem diretrizes de atuação profissional por parte da categoria. Contudo, visto a precariedade social dos usuários de serviços psiquiátricos, havia a necessidade da inserção dos mesmos nestes espaços.

“Nos anos 1990 houve um aumento de contratações de assistentes sociais para atuar na área de Saúde Mental, sem que tivesse ocorrido um acúmulo de conhecimentos para pautar a atuação profissional nesta área” (BISNETO, 2007, apud, ALFLEN, 2008, pg. 33).

Com a conquista do Movimento de Reforma Psiquiátrica no início dos anos 1990, houve a expansão de serviços psiquiátricos alternativos por meio de contratações e financiamento de serviços não manicomiais, como a criação dos CAPS, NAPS, hospital-dia, oficinas terapêuticas, etc. Tais serviços se apresentam como um novo espaço para inserção do Serviço Social, permitindo assim o emprego de assistentes sociais na Saúde Mental.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos assistentes sociais. Porém, deparamo-nos com duas grandes restrições: a) os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política; b) a psiquiatria reformada quer abrir campo para o “social”, mas o movimento de renovação é heterogêneo dentro da categoria e nem todos psiquiatras visam rever os mandatos sociais e sua hegemonia no espaço profissional. (BISNETO, 2007, pg. 37)

Outrossim, verifica-se o aumento do número de profissionais de Serviço Social na Saúde Mental, a partir do Movimento Sanitarista. Este originou a Reforma Sanitária Brasileira, que trouxe avanços relevantes na área da saúde explícito na Constituição de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a implantação do SUS, a saúde se apresenta como o maior campo de trabalho do Serviço Social. “Desde 1990, com a aprovação da Lei 8.080 – que institucionalizou o Sistema Único de Saúde e ampliou o conceito de saúde para além de sua dimensão curativa – os assistentes sociais tornaram-se protagonistas neste processo [...]” (ABREU, 1999, apud, BISNETO, 2007, pg. 38).

Cada vez mais, as cidades passam a integrar a assistência psiquiátrica à rede de atenção básica de saúde, criando programas específicos de Saúde Mental, como unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios, o que constitui um novo espaço empregatício para os assistentes sociais neste setor.

Atualmente, observa-se uma alteração quanto ao quadro de demandas à atuação dos assistentes sociais. A demanda por parte dos usuários, que se encontram ainda em estado de miséria social, juntamente com a situação psiquiátrica que permanece grave, devido a associação da loucura com os problemas sociais, fazendo com que haja a necessidade da assistência social estar ligada a assistência psiquiátrica. A demanda por parte dos profissionais de Saúde Mental, que após o Movimento de Reforma Psiquiátrica, apresentam o problema social dos transtornos mentais como essencial no processo de desinstitucionalização. Salienta-se como relevante neste processo, a questão da ressocialização dos usuários, o que tem sido objeto de prática dos assistentes sociais nos estabelecimentos psiquiátricos e serviços alternativos. E a demanda por parte dos estabelecimentos psiquiátricos, que colocam o Serviço Social como benéfico em termos de lucratividade ou redução de custos.

Hoje não mais as ações do Serviço Social estão restritas as clínicas e hospitais psiquiátricos, pois com o processo de desinstitucionalização, que visa a reinserção da população com transtorno mental na família e na comunidade, o papel do assistente social na área de Saúde Mental se torna fundamental, a medida em que se apresenta como um profissional apto para intervir nas mais diferentes realidades, fazendo com que os direitos dos usuários sejam garantidos, conforme é estabelecido pela Lei nº 10.216.

4 APRESENTANDO A REALIDADE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Nesta seção, procurou-se apresentar quais são os dispositivos que existem na região da Grande Florianópolis para prestar assistência às pessoas com transtornos mentais e seus familiares que residem nesta localidade. Tais informações foram obtidas por meio de uma pesquisa bibliográfica, realizada mediante a análise de documentos das Secretarias Municipais de Saúde da referida região, porém, será melhor esclarecida no decorrer do trabalho.

4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Antes de apresentarmos a metodologia a ser trabalhada nesta pesquisa, é necessário esclarecer o significado do método. Este aparece como sendo a concepção de homem, e de mundo, ou seja, a concepção de homem inserido em uma determinada realidade, sociedade. É colocado como o caminho a ser percorrido para atingir os objetivos almejados.

É através da metodologia que se buscará identificar o objeto a ser pesquisado, conhecer a realidade em que este se encontra inserido, promover a explicação dos fenômenos e desta realidade, e buscar respostas para as indagações sobre o tema proposto.

A presente pesquisa se trata de um estudo sobre os tratamentos disponíveis em alguns municípios da região da Grande Florianópolis às pessoas com transtornos mentais, motivado pela experiência de estágio obrigatório realizado na 33ª Promotoria de Justiça do Ministério Público de Santa Catarina, que atua na área da saúde e cidadania, visando garantir o direito relativo à saúde, àquelas pessoas que tiveram este direito violado ou negado.

Segundo Severino, entende-se portanto como pesquisa bibliográfica,

Aquela que se realiza a partir do registro disponível de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados [...]. (2007, pg. 122)

Verificou-se a necessidade de realizar o referido estudo, devido à demanda que procura a Promotoria em busca de auxílio para internar algum parente com transtorno mental. Ao longo deste um ano de estágio, algumas pessoas buscavam na Promotoria a maneira para poder internar seu familiar, visto que não conseguiam cuidar do mesmo no âmbito da

residência, e muitas vezes não sabiam como tinha que ser realizado o tratamento com estes sujeitos. Outra questão bastante presente, era a denúncia acerca de moradores de ruas com este tipo de transtorno, que agredem as pessoas que passam na rua, porém, não há muitos lugares para encaminhá-los.

Procurou-se então, explicitar os tipos de dispositivos colocados à Saúde Mental, que existem nos municípios de Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José para atender a estes sujeitos, visando expor a realidade desta região quanto a estes serviços, de forma que este tema possa ganhar maior visibilidade quanto a sua relevância para atuação das Políticas Públicas, bem como esclarecer aos usuários e seus familiares os direitos destes sujeitos enquanto cidadão, e amenizar o preconceito com que as pessoas os enxergam.

A pesquisa foi realizada por meio da análise de documentos que continham informações referentes a estes dispositivos, das Secretarias Municipais de Saúde de Florianópolis e Biguaçu. Contudo, não se conseguiu analisar documentos das Secretarias Municipais de Saúde de Palhoça e São José por estas não os possuírem. O estudo dos mecanismos voltados à Saúde Mental em Palhoça e São José, se deu mediante informações prestadas pelas responsáveis do setor de Saúde Mental das referidas Secretarias, por meio de e-mail.

Grande foi a dificuldade para ter acesso a Rede de Atenção à Saúde Mental nesta região, visto que não há muitos documentos que contenham tais informações, e principalmente pelo acesso a estes ser tão restrito e burocrático.

5.2 EXPOSIÇÃO DOS DISPOSITIVOS VOLTADOS À SAÚDE MENTAL

O modelo de atenção à Saúde Mental foi ao longo dos anos se modificando da institucionalização dos sujeitos com transtorno mental ao atendimento em serviços comunitários. Esta mudança se dá, tendo como base o respeito aos direitos humanos destes indivíduos e o uso de novas técnicas e intervenções.

A construção desta rede comunitária de atenção à Saúde Mental é de grande relevância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Esta articulação em rede faz com que se constitua um conjunto concreto de referências capazes de atender as diversas especificidades da população com transtorno mental.

Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. (GERÊNCIA DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2008, pg. 20).

Esta estrutura do atendimento em rede dos serviços de Atenção em Saúde Mental é de extrema importância para inclusão deste usuário, bem como para o resgate de sua cidadania.

A rede de serviços públicos de Saúde Mental compreende três áreas de atendimento: a de atenção básica, composta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os serviços municipais de Saúde Mental; a rede ambulatorial especializada em Saúde Mental, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e a do atendimento hospitalar, realizado em hospitais gerais e em hospitais especializados em psiquiatria²⁴.

A Estratégia Saúde da Família compreende a formação de equipes que atendem a uma determinada população, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade de abrangência de cada equipe. Apresenta-se ainda, como a porta de entrada de um sistema integrado que visa a qualidade dos serviços prestados à população, por sua proximidade com as famílias. “Este modelo tem como função principal possibilitar um espaço de troca de saberes, além de fornecer o suporte técnico especializado e intervenções que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e sua escuta” (FIGUEIREDO, 2005, apud, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2008, pg. 6).

A ESF revela-se como o local privilegiado para atuação em Saúde Mental, devido a “alta capacidade resolutiva da ESF [...] que dispensa grande parte dos encaminhamentos para os níveis mais sofisticados e complexos de atenção” (AMARANTE, 2007, apud, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2008, pg. 19).

O município de Florianópolis conta com 85 (oitenta e cinco) equipes ESF na atenção básica, com uma cobertura de 80% da população. Possui cinco equipes de Saúde Mental, sendo uma para cada regional de saúde do município²⁵. As referidas equipes são compostas por psiquiatras e psicólogos que atuam de forma generalista, com adultos, crianças e adolescentes, e idosos²⁶.

²⁴ Fonte: Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008-2010.

²⁵ Regional Norte, Leste, Sul, Centro e Continente.

²⁶ Fonte: Protocolo de Atenção em Saúde Mental/Fpolis 2008. Elaborado pelo Programa de Saúde Mental de Florianópolis.

Regularmente acontecem reuniões nas quais há a participação das equipes de Saúde Mental, juntamente com as equipes de Saúde da Família. Estas reuniões visam a discussão dos casos associados a sua área de atuação, para buscar a melhor maneira de resolutividade de cada caso. Os casos atendidos especificamente pelas equipes de Saúde Mental são discutidos em conjunto, nas reuniões chamadas de Matriciamento, ou Apoio Matricial²⁷.

Cada região de intervenção deve contar com pelo menos um grupo de apoio em Saúde Mental, conduzido por um profissional desta área e com um membro da equipe de Estratégia da Saúde da Família. O planejamento das ações desenvolvidas deve ser realizado em conjunto com os profissionais de Saúde da Família, considerando as necessidades mais urgentes de Saúde Mental na localidade que atua.

Os CAPS apresentam-se como serviços de referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, que necessitam de tratamento intensivo e/ou reinserção social, ultrapassando as possibilidades da ESF e da equipe de Saúde Mental. Os casos atendidos pelos CAPS devem ser preferencialmente encaminhados pelas equipes de Saúde Mental. Porém, tendo em vista que o CAPS compreende a demanda espontânea, também atenderá as pessoas que acometidas de transtorno mental desejarem realizar tratamento, contudo serão avaliadas primeiramente por um dos membros da equipe. Caso não haja a necessidade de acompanhamento nestes serviços, ou seja, não sejam casos graves, serão encaminhadas para as equipes ESF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com apoio da equipe de Saúde Mental.

Atualmente o município de Florianópolis conta com 4 (quatro) CAPS: 1 CAPS II (adulto); 1 CAPSi (infantil, que compreende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos); 2 CAPSad (o mais recente, inaugurado no primeiro semestre do corrente ano)²⁸.

Tendo em vista que a internação é realizada somente quando as possibilidades de tratamento extra-hospitalar tiverem sido esgotadas, os indivíduos que realizarem o tratamento em Florianópolis serão encaminhados ao Instituto de Psiquiatria (IPq), localizado no município de São José. Neste os usuários permanecerão por 15 dias, e após a alta receberão encaminhamento para o CAPS mais perto de sua residência. Este é a única alternativa de internação na Grande Florianópolis, visto que o referido município não conta com leitos de

²⁷ O Matriciamento é uma estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da co-responsabilização. Visa um trabalho compartilhado entre as equipes da rede básica com as equipes de serviços especializados em saúde mental. Permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental e os casos que podem ser acompanhados pela equipe ESF.

²⁸ Fonte: Palestra ministrada por Deivid de Abreu na Semana do Serviço Social – UFSC, nos dias 11, 12 e 13 de maio de 2010.

internação psiquiátrica em hospitais gerais. Os sujeitos que saem de internação hospitalar devem ser encaminhados diretamente aos CAPS²⁹. Aqueles pacientes atendidos nos CAPS, que após estabilização no tratamento tiverem recebido alta, deverão ser atendidos posteriormente pela equipe de Saúde Mental em conjunto com a equipe de Estratégia de Saúde da Família.

A rede de serviços para o acolhimento dos indivíduos com transtorno mental vai além do atendimento pela equipe de Saúde Mental e ESF, o município conta ainda com o auxílio de outros dispositivos provenientes da Secretaria de Assistência Social, como é o caso dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), que junto com o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), desenvolvem ações para atender aquelas famílias que se encontram em situação de risco e exclusão social, articulados com a rede de serviços sócio assistenciais, viabilizando o processo de emancipação social. O município de Florianópolis conta com 5 CRAS.

Ainda, o Projeto Abordagem de Rua, associado à Secretaria de Assistência, tem como objetivo resgatar o vínculo de crianças e adolescentes, que fazem da rua seu espaço de moradia e sobrevivência, com determinados segmentos da comunidade, como família, escola, Unidades de Saúde, Comunidades Terapêuticas, etc. Aqueles indivíduos que se encontram em situação de rua, que geralmente sofrem de transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas são encaminhados às comunidades terapêuticas conveniadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Tendo em vista que atualmente não há no município Serviços Residenciais Terapêuticos, as pessoas com transtornos mentais que realizam tratamento nos CAPSad e não possuem residência, muitas vezes são encaminhadas à Casa de Apoio ao Morador de Rua³⁰. Outrossim, as crianças e adolescentes com transtornos mentais, devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas são atendidas também no CAPSad. Neste, existem leitos para desintoxicação.

O município conta ainda com um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, localizado junto ao Complexo Penitenciário da Capital, subordinado à Diretoria de Administração Penal (DIAP) da Secretaria de Estado e Segurança Pública e Defesa do Cidadão, caracterizado como órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica. Os pacientes são todos do sexo masculino, visto que no mesmo não há ala feminina. As pacientes são

²⁹ Fonte: Protocolo de Atenção em Saúde Mental/Fpolis – 2008. Elaborado pelo Programa de Saúde Mental de Florianópolis.

³⁰ Fonte: Palestra ministrada por Deivid de Abreu na Semana do Serviço Social – UFSC, nos dias 11, 12 e 13 de maio de 2010.

encaminhadas ao IPq/SC. Na maioria das vezes, os pacientes com idade acima de 50 anos se encontram em condição asilar, uma vez que não há no município Residências Terapêuticas, e os mesmos não possuem mais laços familiares, devido ao longo tempo de internação³¹.

Assim como no município de Florianópolis, no município de Biguaçu, o modelo de atenção primária adotado pela Secretaria Municipal de Saúde é a Estratégia de Saúde da Família, composta por no mínimo 1 (um) médico da família, 1 (um) enfermeiro, 1(um) auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde³².

Junto à equipe de ESF, encontra-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Compõe esta equipe: psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional da educação física, nutricionista, médico acupunturista. Este desenvolve ações articuladas a ESF, como atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar com capacitação e responsabilidades mútuas, por meio de discussão de casos e situações, assim como consultas e intervenções conjuntas; intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, por meio de discussões com os profissionais ESF responsáveis pelos casos, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias; e ações comuns como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência; ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154/2008, com objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, bem como ampliar o alvo das ações da Atenção Básica de Saúde, para aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. Este deve ser constituído por diferentes categorias profissionais, para atuarem no apoio e parceria com os profissionais das equipes de ESF.

Atualmente, o município conta com 14 equipes de ESF, com uma cobertura de aproximadamente 90% da população. O município possui uma equipe de Saúde Mental, sendo esta composta por 1 psiquiatra, 1 psicóloga e 1 enfermeira (Estado). Os profissionais de Saúde Mental se reúnem regularmente com as equipes de ESF e NASF, para discutir os casos relacionados à sua área de atuação³³. Este arranjo tem como finalidade, futuramente,

³¹ Fonte: Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Serviço Social/UFSC, elaborado por Lurdiane Andréa Marca em 2003.

³² Fonte: Protocolo de Atenção em Saúde Mental/Biguaçu.

³³ Ibid.

promover a articulação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os serviços de Saúde Mental como os CAPS, organizando o fluxo e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Diz-se futuramente, pois não há CAPS no município em questão.

Tendo em vista que em Biguaçu não há CAPS e nem Serviços Residenciais Terapêuticos, busca-se por meio desta articulação entre equipe de Saúde Mental e ESF, acolher os indivíduos que necessitam de suporte emocional na própria UBS, possibilitando por meio desta responsabilização compartilhada, a maior resolutividade de problemas de Saúde Mental pela equipe local. Esta articulação se faz necessária a medida que evita os encaminhamentos desnecessários, pois realizam discussões que facilitam a coresponsabilização.

Na medida em que as ações de Saúde Mental estão interligadas a ESF, a UBS funciona como a porta de entrada para os agravos nesta área, acolhendo de forma humanizada os usuários, criando estratégias para atendê-los, seja através de um recurso comunitário, um grupo terapêutico, uma avaliação clínica, uma visita domiciliar, ou encaminhando, quando realmente se faz necessário, para a rede de atenção disponível no município³⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA), recentemente (2008) apontou as principais razões para a integração de saúde mental na Atenção Primária: relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais; necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e de saúde mental; altas prevalências de transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento; aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, quando realizados na Atenção Primária; maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos; redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes; e bons resultados para a integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BIGUAÇÚ, 2010, pg. 9)

Diferentemente dos municípios citados anteriormente, Palhoça e São José não possuem nenhum Protocolo de Atenção à Saúde Mental, o que não quer dizer que não existam ações que sejam desenvolvidas nesta área.

Palhoça conta com 1 (um) CAPS II (adulto) e possui um projeto já aprovado de CAPSad, que provavelmente será implementado em 2011. O atendimento às pessoas com transtornos mentais é realizado por meio da Atenção Básica de Saúde, e nos casos de maior

³⁴ Fonte: Protocolo de Atenção em Saúde Mental/Biguaçu.

gravidade, os mesmos são encaminhados ao CAPS II. Sua equipe de Saúde Mental conta com 3 (três) profissionais na referência em Psiquiatria e 2 (duas) psicólogas. Aguardam mais duas psicólogas que passaram em concurso público recentemente. O município atende aos sujeitos com transtorno mental diretamente nas UBS, associadas às equipes ESF.

Já o município de São José não possui uma rede tão articulada, no entanto, o acolhimento destes usuários é realizado nas UBS, mediante as ações desenvolvidas pela equipe ESF, assim como nos municípios anteriores. A equipe de Saúde Mental conta apenas com psicólogos e psiquiatras que atendem nas UBS. Os projetos para implementação de CAPS já foram aprovados, porém, ainda não há previsão para construção e execução dos mesmos.

As internações dos sujeitos com transtornos mentais que residem nestes municípios são realizadas no âmbito do IPq, que se localiza no município de São José, porém, é gerido pelo Estado. Trata-se portanto, de um Hospital Estadual, que atende a toda Santa Catarina. Nenhum dos municípios acima relatados conta com leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e nestes, não há profissionais suficientemente capacitados para lidar com os sujeitos acometidos por tais transtornos, tanto crianças e adolescentes como adultos.

Verificou-se ainda, a grande precariedade de tratamentos disponíveis às crianças e adolescentes com transtornos mentais na região da Grande Florianópolis. Além de existir somente um Hospital Infantil em Florianópolis que atende todo o Estado, e que não possui leitos psiquiátricos, há neste município apenas um CAPSi voltado a esta faixa etária para atender os quatro municípios em questão. Muitos adolescentes acabam então, sendo internados no IPq junto com adultos para tratar de transtornos devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas ou por ordem judicial, e sem um tratamento voltado especificamente a eles. Outrossim, a maioria das casas de acolhimento para crianças não aceitam aquelas com este tipo de transtorno, fazendo com que as mesmas não tenham a atenção necessária.

De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Dentre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade³⁵. Observa-se ainda, a ausência de uma política de Saúde Mental voltada a este público, trazendo como consequência, a ausência de tratamento ou o tratamento inadequado aos mesmos.

Segundo o Ministério da Saúde, em relação à implementação dos CAPS, os municípios com população inferior a 20.000 habitantes, não necessitam de CAPS, mas devem

ter um serviço de saúde mental articulado à rede básica de saúde, como exemplo a Estratégia Saúde da Família. Os CAPS I serão implementados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, os CAPS II em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; os CAPS III, em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Os CAPSi, para atendimentos de crianças e adolescentes, serão implementados em municípios com população aproximada de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional definido pelo gestor. E os CAPSad, para pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, serão implementados em municípios com população superior a 70.000 habitantes³⁶.

Portanto, o município de São José que conta com uma população de 196.887 habitantes³⁷, deveria conter pelo menos um CAPS II e um CAPSad, porém ainda não foi instalado nenhum destes dispositivos. Da mesma forma Palhoça, que possui população em torno de 122.471 habitantes³⁸, contudo já implementou o CAPS II e a previsão para implementação do CAPSad é para o próximo ano. Biguaçu, que conta com população de 53.444 habitantes³⁹, deveria conter no mínimo um CAPS I, mas não possui nenhum destes serviços, permanecendo apenas no projeto. E Florianópolis, que conta com população em torno de 396.723 habitantes⁴⁰, deveria implementar além dos CAPS II, CAPSad e CAPSi que já existem, o CAPS III, que funciona 24 horas.

Assim, partindo do pressuposto de que os CAPS devem atender as pessoas da localidade em que estão inseridos, da comunidade circunvizinha, percebe-se que os CAPS inseridos em Florianópolis não têm suporte necessário para atender além daqueles indivíduos que residem nesta região, os sujeitos de outros municípios. Então, é necessário que haja a instalação de CAPS nestas localidades, para que a população acometida de transtorno mental possa ter um atendimento de qualidade sem que precisem se deslocar a outros municípios para receberem o tratamento devido.

As três Residências Terapêuticas existentes na Grande Florianópolis se localizam especificamente no município de São José sendo administradas pelo IPq, visto que este município não possui uma rede articulada de Atenção à Saúde Mental, não podendo então

³⁵ Informações obtidas por meio do site portal-saúde do Ministério da Saúde.

³⁶ Informações retiradas do Manual do CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde, que destina-se a informar aos profissionais de saúde, gestores do SUS, sobre o que são e para que servem os serviços de saúde mental, chamados de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

³⁷ Segundo dados do Censo 2007-IBGE.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

administrar o referido nosocômio. Tendo em vista que a Portaria nº 106/2000, que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos, define em seu art. 2º que estes serviços

[..] constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos daquele Hospital. (BRASIL, Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000)

Logo, poucos leitos dos Hospitais Psiquiátricos da região serão descredenciados do SUS, já que não há Residências Terapêuticas suficientes para atender a demanda que sai de internação prolongada do IPq e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, localizados na Grande Florianópolis.

A Reforma Psiquiátrica propõe que os leitos e internações em Hospitais Especializados devem diminuir, para que os sujeitos com transtornos mentais aos poucos sejam reinseridos na sociedade, porém, torna-se muito difícil esta reinserção quando não se tem uma rede articulada e serviços específicos, que garantam a estes indivíduos uma vida digna e de qualidade, com tratamentos especializados para seu caso.

Percebeu-se, por meio do estágio realizado na Promotoria de Justiça, que muitas das famílias que têm em seu interior algum membro com transtorno mental, procuram interná-los sem ao menos buscar alternativas de tratamentos nos serviços comunitários como CAPS, talvez por não conhecerem, acreditando que estão agindo de maneira a pensar somente no bem destes e daqueles que o cercam. Contudo, além de estarem agredindo estes sujeitos, submetendo-os a tratamentos por muitas vezes inadequados, ferem os direitos dos mesmos, dentre aqueles dispostos na Lei nº 10.216, art. 2º, parágrafo único:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...]; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; [...]; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; [...]; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, *preferencialmente*, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001)

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, o cuidado da saúde da pessoa com transtorno mental foi retirado dos hospitais psiquiátricos e transferido à família, tendo como o Estado o co-responsável, no entanto, esta tomou posse da responsabilidade sem que houvesse uma

preparação adequada para que estivessem recebendo estes sujeitos, tanto de infra-estrutura como emocional e psicológica.

O que se vê então, são pessoas que não sabem como agir com o sujeito acometido por este tipo de transtorno e com a situação como um todo, talvez porque não tenham o conhecimento sobre a doença em si e suas especificidades; que não aceitam este problema no âmbito da sua família, do seu lar; e aquelas que além de tudo não querem ter sobre si esta responsabilidade.

Tendo em vista que esta Reforma traz uma série de alternativas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, fazendo com que se crie novos modelos de assistência às pessoas com transtornos mentais, sendo a atuação profissional baseada no respeito ao usuário enquanto cidadão de direitos, e colocando-o junto às discussões acerca da Política de Saúde Mental, o assistente social na Grande Florianópolis, no âmbito da saúde mental, é chamado a atuar principalmente junto às equipes profissionais destes serviços alternativos, como os CAPS.

Sua importância dentro destas instituições é percebida a medida que o Serviço Social enquanto categoria, apresenta-se como profissão que prioriza suas ações no sentido da reabilitação psicossocial destes usuários, voltadas a cidadania.

A partir do Código de Ética vigente, novos desafios são colocados à profissão, como a construção de propostas criativas de trabalho, com a finalidade de preservar e efetivar direitos. Assim, a atuação do assistente social no interior dos CAPS se dá por meio de orientações e encaminhamentos, ou seja, cabe a este prestar orientação referente aos direitos sociais dos usuários; realizar a abordagem grupal, que se destaca como o trabalho coletivo realizado com usuários e familiares, visando esclarece-los sobre o transtorno mental em si, sobre a utilização adequada da medicação, direitos de cidadania, etc⁴¹.

Além disto, irá realizar visitas domiciliares em momentos de resistência à inserção no tratamento; o acolhimento inicial, com objetivo de apresentar o serviço aos novos usuários, ouvir as suas necessidades, para assim construir um projeto terapêutico; o atendimento familiar, que consiste em um espaço de reflexão e informação aos familiares e usuários, para que estes compreendam as formas de lidar com o transtorno mental, crises e conflitos, bem como dos cuidados e tratamentos que devem ser disponibilizados⁴².

⁴¹ Fonte: Palestra ministrada por Gisele Cunha na Semana do Serviço Social – UFSC, nos dias 19 e 20 de maio de 2009

⁴² Ibid.

Diante disto, ressalta-se que a finalidade da atuação profissional do assistente social é o trabalho voltado a construção da cidadania destes indivíduos com transtornos mentais, assim como a garantia e efetivação dos seus direitos. Tendo sempre como objetivo, a inclusão social destes usuários, por meio de uma atenção integral.

Por entender que o conceito de saúde hoje utilizado se baseia na compreensão de que o estado de saúde de uma pessoa está relacionado aos aspectos físicos, socio-econômicos e culturais, mostra-se necessário que as ações realizadas nesta área sejam assim efetuadas por uma equipe interdisciplinar, buscando atender de forma mais efetiva e eficaz às demandas colocadas pela sociedade de acordo com suas especificidades. Outrossim, é neste âmbito que o profissional de Serviço Social é chamado a intervir, quando da sua inserção no setor saúde.

No entanto, observa-se que esta ainda não ocorre efetivamente neste setor. Isto porque nem ao menos as leis e portarias que regulamentam os serviços de saúde contemplam a atuação destes profissionais junto a suas equipes, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família, que propõe que a equipe seja composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde⁴³, e não coloca o assistente social como parte necessária e integrante desta.

O assistente social é chamado a atuar na saúde de forma geral, devido sua postura crítica que fortalece assim a perspectiva da Reforma Sanitária, bem como da Reforma Psiquiátrica. Esta inserção é necessária visto que o mesmo irá atuar de maneira a buscar a garantia dos direitos do usuário relacionados a promoção de sua saúde. Sua relevância se apresenta a medida que a forma de agir deste profissional é baseada na visão de totalidade, olhando não só o indivíduo enquanto usuário, mas todos os aspectos que o envolvem, sejam culturais, sociais e econômicos. Desta maneira, as intervenções realizadas vão ao encontro da defesa dos direitos e do acesso igualitário aos serviços prestados, fazendo com que se amplie a possibilidade de que este indivíduo se perceba como sujeito de direitos.

Portanto, para que os usuários dos serviços de saúde tenham garantido o direito a um atendimento de qualidade nestes locais, é necessário que haja a efetiva participação das equipes interdisciplinares, bem como, que se perceba a importância de cada intervenção profissional das respectivas profissões ali atuantes, visando a melhoria da atenção à saúde e deste modo, respondendo com mais eficácia às demandas apresentadas.

⁴³ Fonte: Portaria nº 648 de 28 de março de 2006; que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Assim, verifica-se a necessidade de ampliar o debate acerca da Saúde Mental e da assistência indispensável a estes indivíduos, para que a sociedade esteja ciente de que estes também são cidadãos de direito e que devem ser tratados com respeito. Bem como, colocar à população, que uma rede de Atenção a Saúde Mental só estará completa e será consolidada, à medida que o Estado e a comunidade se unirem e atuarem de forma articulada e comprometida, visando à garantia de direitos dos sujeitos com transtorno mental. E que estes tenham a atenção necessária do Estado, visto que a Constituição Federal prevê a saúde como *“direito de todos e dever do Estado”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permite compreender o processo histórico do tratamento dispensado ao indivíduo com transtorno mental e como se apresenta hoje a Política de Saúde Mental. Vimos que no decorrer dos anos ocorre uma mudança de paradigma, na qual, a maneira de entender e tratar este transtorno foi aos poucos sendo alterada. Observa-se então, a transição do conceito de “doença mental” para uma nova concepção, a de Saúde Mental. Esta transição se deu de forma gradativa, porém, em meio a lutas e injustiças.

Com esta mudança de conceitos, entende-se como necessário a ampliação do debate acerca do assunto, visto que as marcas desta história de tratamento desumano e ineficiente podem ser encontradas em instituições psiquiátricas e no centro da sociedade, em que ainda prevalece o preconceito e a discriminação.

A loucura foi “retirada” da comunidade como uma forma de limpar o ambiente. O louco foi “jogado” em hospitais e asilos na tentativa de manter a ordem da sociedade, fazendo com que todos agissem visando uma determinada “normalidade”. O Estado muitas vezes se mostrava ausente quanto ao tratamento dos indivíduos com transtorno mental.

Sabe-se que a área da Saúde Mental ao longo dos anos 1980 e 1990 passou por grandes mudanças com a Reforma Psiquiátrica, em relação a maneira de tratamento dos serviços especializados para atender a esta população. Dentre estas transformações, destacam-se a reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos; a extinção de leitos nos referidos Hospitais; a criação de serviços alternativos à institucionalização; o direito ao tratamento humanizado e a sua reinserção social.

A trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil traz características de uma história em que o método de cura era visto no âmbito do Hospital Psiquiátrico, por meio de tratamentos desumanos, mas que aos poucos se modifica com o processo da assistência humanizada e da desativação gradativa de manicômios. Este possibilita a ampliação da qualidade dos tratamentos, proporcionada por uma atenção efetiva, em regime de liberdade e convivência social. Este conceito de tratamento humanizado surge juntamente com a nova concepção de Saúde Mental, no qual respeita as limitações do paciente, bem como, incentiva a sua reinserção na comunidade, na família, no trabalho, sem preconceitos e discriminações.

Com o advento da referida Reforma, vem acompanhando a Lei nº 10.216, que traz um redirecionamento da política de assistência à Saúde Mental, com novas propostas para o tratamento dos indivíduos com transtornos mentais, dando outra direção aos serviços de

assistência psiquiátrica e a maneira com que eram atendidos, assegurando a proteção e os direitos a estes sujeitos.

Cabe destacar então, que a Lei nº 10.216 foi um dos maiores avanços da Reforma Psiquiátrica em todo o país. Esta Lei prioriza a garantia dos direitos, por meio de uma série de princípios que devem ser seguidos, como a humanização na assistência.

Neste processo, não apenas se reconstitui a subjetividade do internado, mas do próprio trabalhador – a emancipação diz respeito a todos; evidentemente. A relação agora é nova porque não se trata do louco inábil, incapaz e perigoso, mas do louco cidadão. (NICÁCIO, 1989, apud, MARCA, 2003, pg. 47)

O ponto mais importante da referida Lei, é a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, por uma rede de atenção integral à saúde mental. Ou seja, a transformação do sistema de tratamento clínico, eliminando a internação como forma de exclusão, substituído por uma rede de serviços que visem a integração da pessoa com transtorno mental à sociedade.

Torna-se claro que a internação psiquiátrica muitas vezes é necessária, mas esta deve estar inserida junto a um conjunto de serviços de atendimento, e deve ser efetuada em hospital geral. Salienta-se a importância do processo contínuo do tratamento fora do hospital, por meio de uma rede de atenção à saúde mental, que vai desde a atenção básica até o momento de maior complexidade, que seria o serviço especializado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); o hospital-dia, que trata da internação parcial; as oficinas terapêuticas que permitem a reabilitação, e somente se necessário, em caso de esgotadas todas as medidas anteriores, a internação em hospital geral.

Em seu art. 2º, parágrafo único, dá ênfase aos direitos da pessoa com transtorno mental, e dentre eles destaca-se a importância dos mesmos terem acesso ao melhor tratamento de saúde, conforme suas necessidades.

Tendo em vista que o modelo hospitalocêntrico foi apresentado por muito tempo como forma de abuso e exploração, com esta Lei, objetiva-se alcançar a recuperação do doente mental pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, por meio de um tratamento humanizado, buscando somente o benefício da saúde integral do sujeito.

O novo modelo proposto privilegia o convívio dos doentes com a família e evita, ao máximo, as internações prolongadas em hospitais. Representa mais cidadania, respeito e dignidade para as pessoas com transtorno mental. (MARCA, 2003, pg. 49)

Uma das questões centrais da Reforma Psiquiátrica, é que o atendimento psiquiátrico deve estar o mais próximo possível do meio em que o paciente se encontra inserido, perto de sua família, e respeitando a regionalização. Assim, garantir o acesso da população com transtorno mental à rede de serviços de saúde é responsabilidade do Estado e das políticas que o mesmo formula para viabilizá-lo. Como preconiza esta Lei em seu art. 3º:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001)

Com a Reforma Psiquiátrica, o tratamento ao doente mental deixa de ser somente por meio de medicamentos e internações, e passa a ser efetuado por meio de serviços ambulatoriais, com a devida participação da família. Outrossim, esta deve ser responsável pelo acolhimento do doente, motivando-o a participar destes serviços comunitários.

Quando esgotados todos os outros recursos extra-hospitalares, a Lei prevê que a internação possa ser efetuada, porém, não em instituições de caráter asilares, ou seja, que não ofereçam assistência integral ao indivíduo, como serviços médicos, assistência social, psicólogos, etc. E que não garantam a consolidação dos seus direitos. Esta internação, conforme art. 6º, se dará somente com laudo médico explicitando os seus motivos, e será autorizada apenas por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento. Considera-se então, três tipos de internação: Internação Voluntária, onde há o consentimento do usuário; Internação Involuntária, em que não há o consentimento do usuário e é executada a pedido de terceiros; e por fim, a Internação Compulsória, determinada pela Justiça, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento.

Ainda em relação à internação, destacam-se as internações em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – nome dos antigos Manicômios Judiciários. Com a criação do Código Penal, as pessoas com transtornos mentais que cometem infrações não cumprem penas, e sim recebem as chamadas medidas de segurança, ou seja, medidas que têm como finalidade um caráter terapêutico, realizado em instituições diferenciadas, os chamados Hospitais de Custódia. Este aparece como cheio de preconceito por parte da sociedade, pois

além das pessoas lá internadas serem vistas como loucas, ainda são perigosas e oferecem risco.

Segundo o Código, estas medidas visam assistir aos doentes mentais, nos princípios da Reforma Psiquiátrica, com equipes multiprofissionais, educacionais, que garantam ao interno sua inserção futura na sociedade. Porém, o que se observa é que muitas vezes estes hospitais se apresentam como verdadeiras prisões, e a “pena” pode durar muitos anos, visto que as medidas de segurança não estabelecem prazos para internação do paciente.

Com a Lei nº 10.216, não houve mudança significativa no que se refere aos internos destas instituições, porém, visto que a mesma dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, entende-se que os sujeitos internados, devam ter garantidos os direitos previsto pela referida Lei.

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica preconiza o atendimento extra-hospitalar, foram regulamentados os Serviços Residenciais Terapêuticos, os CAPS, o auxílio reabilitação psicossocial e o Programa de Volta para Casa, como serviços integrantes da rede de saúde mental.

Conforme a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias, inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, que estiveram internadas por longo período em hospitais psiquiátricos, não possuindo laços sociais e vínculos familiares, e que viabilizem sua inserção social. Outrossim, apresentam-se como serviços substitutivos às internações psiquiátricas prolongadas. Estes serviços tem por finalidade:

Garantir assistência aos portadores de transtorno mental com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (BRASIL, Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000)

Estas residências são constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um⁴⁴.

⁴⁴ Fonte: Portaria nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Para implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos é necessário seguir alguns critérios. Dentre eles, destaca-se que os mesmos devem ser de natureza pública; estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual, ou por meio de consórcios intermunicipais; estarem, sob gestão do nível local e vinculadas ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; etc⁴⁵.

A questão central do Serviços Residenciais Terapêuticos enquanto modelo de atenção psicossocial é a moradia e o viver em sociedade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimentos mental o retorno, ou até mesmo início, à vida social, usufruindo de um espaço que seja seu por direito, não transformando-o em um local de tratamento, clínica, ou até mesmo de exclusão, contenção ou enclausuramento. É um espaço de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar. (BRASIL, Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000)

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS são instituições que visam acolher as pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiando em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo atendimento médico e psicológico. Tem como característica fundamental a busca da integração do usuário a um ambiente social e cultural concreto, no qual se desenvolve sua vida quotidiana e de seus familiares. Constituem-se como a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. Estes devem estar articulados às equipes de Saúde da Família e aos Agentes Comunitários, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados ao usuário.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. [...] O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002)

O Programa Volta Para Casa, criado pelo Ministério da Saúde, prevê a “reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2000).

⁴⁵ Fonte: Portaria nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

O programa tem como objetivo contribuir para o processo de inserção social destes sujeitos, incentivando a organização de uma rede de recursos assistenciais e de cuidados, que facilite o convívio social, e estimule o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

O benefício consiste no pagamento mensal de um auxílio em dinheiro ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de um ano, podendo ser renovado mediante nova avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa, e tem como finalidade apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial⁴⁶.

Podem ser beneficiários do Programa as pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social. Pessoas residentes em moradias caracterizadas como Serviços Residenciais Terapêuticos ou egressas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial, também podem ser beneficiários do auxílio. (BRASIL, Lei nº 10.708 de 11 de fevereiro de 2000)

No decorrer da pesquisa, pôde-se constatar que mesmo a Lei Federal prevendo a desinstitucionalização, um dos maiores desafios encontrados hoje para que haja a consolidação deste processo, é a implementação insuficiente dos serviços comunitários, como CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, para atender a grande demanda.

A atual lei federal estabelece o aumento de recursos extra-hospitalares e determina medidas diretamente relacionadas aos pacientes, para que seja feita a reinserção destes sujeitos na sociedade e na família, porém, é necessário que os municípios disponibilizem este tipo de dispositivo. No entanto, o que se observa é que está ocorrendo à extinção de leitos psiquiátricos e não estão sendo implementados os serviços comunitários em número satisfatório. Percebe-se que faltam leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, há uma diminuição de leitos nos Hospitais Psiquiátricos, porém, estes números são superiores à criação de serviços psiquiátricos comunitários alternativos ao asilamento. Verifica-se então a baixa cobertura assistencial da maioria dos serviços alternativos à internação. Os CAPS não conseguem absorver todos os pacientes, sendo insuficientes para atender toda a demanda.

O movimento da Reforma Psiquiátrica desencadeou uma maior discussão acerca do tratamento disponibilizado às pessoas com transtornos mentais. A partir deste momento então,

⁴⁶ Fonte: informações retiradas do Manual do Programa de Volta Para Casa, elaborado pelo Ministério da Saúde.

discute-se a ruptura de uma forma de atendimento voltado à exclusão, e o início de uma nova maneira de enxergar e compreender esta situação, refletindo também na atuação profissional em relação a maneira de lidar com estes usuários. É neste contexto que o assistente social é chamado a atuar.

Ainda que o Serviço Social não se encontrasse inicialmente junto ao movimento de Reforma Psiquiátrica, o profissional já fazia parte das equipes dos hospitais e/ou manicômios, e foi se inserindo ao movimento gradativamente, principalmente quando da sua inclusão nas equipes que atuam nos CAPS e nos demais dispositivos. No entanto, observa-se que o assistente social ainda não possui relevante bagagem teórica em Serviço Social e Saúde Mental, com vistas a pautar e legitimar sua atuação. Outrossim, identifica-se a escassez deste profissional, a medida que o mesmo intervém em mais de uma região, atendendo as demandas de uma ampla população, e muitas vezes não conseguindo atuar de maneira a dar respostas consistentes a estas.

A inserção dos assistentes sociais nestes dispositivos comunitários é de suma importância, visto que cabe aos mesmos trabalhar com os usuários, visando sua reinserção na comunidade e na família, por meio do processo de reconstrução de laços sociais, que irão possibilitar a autonomia destes indivíduos. O profissional dará o suporte necessário à família, mediante orientação acerca do tratamento e dos serviços disponíveis aos mesmos, bem como irá intervir de maneira a explicitar os direitos destes usuários, para que se percebam enquanto sujeito de direitos e exerçam sua cidadania.

Ressalta-se ainda a grande necessidade destes profissionais atuarem junto aos gestores das Políticas Públicas, especificamente de Saúde Mental, com vistas a concretizar estas políticas como direito de todos os cidadãos, e de desenvolverem e fortalecerem ações que contribuam para sua articulação junto à comunidade, para que se possa viabilizar o acesso destes indivíduos à escola, ao trabalho, incentivando sua participação social. Além disso, precisa-se de profissionais que se percebam enquanto categoria que dispõe de postura crítica e que se coloquem como mediadores das relações institucionais, visando a viabilização de ações que possam colaborar para a superação dos preconceitos e do reconhecimento deste usuário de ser capaz de conviver em sociedade.

Diante do exposto, para que ocorra a verdadeira Reforma Psiquiátrica, com uma Rede de Atenção à Saúde Mental sólida e completa, observa-se a necessidade de que o Estado e a sociedade como um todo, estejam unidos com o mesmo objetivo, de prestar o devido atendimento a atual demanda.

Mesmo com o grande avanço na área da Saúde Mental, representado pela Lei nº 10.216, faz-se necessário ainda muitas mudanças para que os direitos dos sujeitos com transtornos mentais possam ser garantidos. Temos que lutar para que haja uma mobilização dos profissionais da saúde, dos usuários, dos familiares e da sociedade em geral, para que a concepção de loucura apresentada seja transformada, permitindo assim novas formas de tratar estes indivíduos, baseada no respeito, na dignidade, e na condição de sujeitos de direitos.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. **Espaços democráticos nos CAPS e os desafios para o Serviço Social**. Florianópolis. 2010. Palestra realizada na Semana do Serviço Social/UFSC em 12 de maio de 2010.

AHLERT, B. **O papel do Serviço Social na Saúde Mental**. Departamento de Serviço Social/UFSC. Fpolis, 2005.

ALFLEN, M. **Serviço Social e Saúde Mental: Trajetória Histórica e Produção de Conhecimento**. Departamento de Serviço Social/UFSC. Fpolis, 2008.

AMARANTE, P. D. de C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1994.

AROUCA, A. S. S. "Saúde e democracia". **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BEZERRA JUNIOR, B. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

BIGUAÇU. Prefeitura Municipal de Biguaçu. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. Biguaçu, 2010.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: COSAM/MS, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, 2000.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Estabelece o auxílio reabilitação psicossocial e Projeto de Volta para Casa. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta todos os serviços de saúde mental. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.220**, de 7 de novembro de 2000. Criação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional “Cuidador em Saúde”, o grupo de procedimentos “Acompanhamento de Pacientes” e o subgrupo ‘Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos’, dentre outros. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251**, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 052**, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 245**, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 246**, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Brasília, 2005.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 15 de abril de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Versão Preliminar dos **Cadernos de Atenção Básica** que contém as Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 21 de maio de 2010.

BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde** – 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

_____. “A política de saúde no Brasil”. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2007, p. 88-110.

_____. “A política de saúde no Brasil: trajetória e história”. In. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001a. p. 21-28.

COHN, A. et al. **A Saúde como direito e como serviço**. São Paulo. Cortez, 1991.

CUNHA, G. **A contribuição do Serviço Social no âmbito da Reforma Psiquiátrica**. Florianópolis 2009. Palestra realizada na Semana do Serviço Social/UFSC, em maio de 2009.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., e EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In. LIMA, N. T. et. Al. (orgs). **Saúde e democracia**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005, p. 353-383.

FERREIRA, F. **Do isolamento a reinserção social**: Reflexões e desafios para o serviço social. Departamento de Serviço Social/UFSC. Florianópolis, 2004.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental-2008**. Disponível em: <<http://www.portal.pmf.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de abril de 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Reestruturação da Rede de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis**, baseado na Atenção Primária. Disponível em: <<http://www.portal.pmf.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de Doutorado. 205f. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC - RS, 2007.

KRÜGER. T. R. “De que saúde se trata?”. In. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Tese de Doutorado, p. 69-72. Recife: PGSS/UFPE, 2005.

_____. **Linha do tempo da saúde no Brasil**. Agosto de 2008. 5 p. Notas de aula da disciplina Serviço Social e Seguridade: Saúde, curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

LIMA, Daniela. **Rede de Atenção à Saúde Mental no município de São José** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <dani.lima.2@hotmail.com> em 24 de março de 2010.

MARCA, L. A. **Política de Saúde Mental: Um Estudo de Caso no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, SC.** Departamento de Serviço Social/UFSC. Fpolis, 2003.

NOGUEIRA, VM. e MIOTO, RC. “Desafios do Sistema Único de Saúde e as exigências para os Assistentes Sociais”. In. MOTA, AE. et. Al (orgs). **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: Cortez, 2007, p. 218-241.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família** – 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008-2010.** Florianópolis, 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2005-2006.** Florianópolis, 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **Relatório de Gestão 2008.** Florianópolis, 2008.

_____. **Rede de Hospitais Psiquiátricos em Santa Catarina.** Disponível em: <<http://www.portalses.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 14 de abril de 2010.

_____. **Tipos de Unidade da Rede de Saúde Mental Aplicáveis ao Plano Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina.** Disponível em: <<http://www.portalses.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 03 de maio de 2010.

SANTOS, N. G. Do **Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental.** Letras Contemporâneas, 1994.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. Ed. rev. e atual. São Paulo (SP): Cortez, 2007.

SOUZA, Adriana. **Rede de Atenção à Saúde Mental no município de Palhoça** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <adriana_souza@yahoo.com.br> em 28 de abril de 2010.

TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder.** Brasília (DF). Senado Federal, 1993.

VASCONCELOS, E. M. (org.); ROSA, L. C. dos S.; PEREIRA, I.C.G.; BISNETO, J. A.
Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. 4 ed.
São Paulo: Cortez, 2008.